## 2026-27 APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA NUTRICIÓN INFANTIL Y BENEFICIOS EDUCATIVOS – North Thurston Public Schools

Esta aplicación puede calificarlo para: beneficios de comidas, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayuda para asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) están inscritos en una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o de Disposición 2, completar esta aplicación no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

**Complete, firme y envíe esta solicitud a:** La escuela de tu hijo OR NTPS Food & Nutrition Service, 6217 Mullen Road SE, Lacey, WA 98503 **Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:** ☐

**1.** Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el niño está en cuidado de crianza temporal, sin hogar, o recibiendo servicios abajo el programa de educación migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ | | | | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | | | | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | | | | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | | | | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | | | | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.**

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indigenas (FDPIR) Numero de caso: _____

**3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.**

| **Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar** (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Niño de crianza | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Asistencia pública/ Manutención de menores/Pensión alimentaria | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Pensiones/ Jubilaciones/ Seguridad Social (SSI) | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | $ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):** ☐ **Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)** ☐ Marcar si no tiene SSN: ☐
(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) **del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar** (opcional si solo está aplicando para EBT de verano)

**5. Información de contacto y firma** – **Complete, firme y envíe esta solicitud a:** La escuela de tu hijo OR NTPS Food & Nutrition Service, 6217 Mullen Road SE, Lacey, WA 98503
Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todo el ingreso ha sido reportado, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o de una organización Tribal Indígena (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

**Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar** **Firma del miembro adulto del grupo familiar** **Dirección de correo electrónico**

**Dirección postal** **Ciudad, Estado, & Código postal** **Teléfono durante el día** **Fecha**

**6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido**

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Indio americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacifico
- ☐ Blanco

Marque una identidad:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

**Elegibilidad para Nutrición Infantil:** La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**(1)** **mail:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; or
**(2)** **fax:** (833)256-1665 or (202)690-7442; or
**(3)** **(3) correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar Público de North Thurston
El Distrito Escolar de North Thurston no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio y brinda igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de presunta discriminación: Coordinadora de Derechos Civiles, Stephanie Weinheimer, 360-412-4466, Studentachievement@nthursotn.k12.wa.us, Oficial de Título IX, Deena Alley, 360-412-4457 , director ejecutivohr@nthurston.k12.wa.us; Coordinadora de la Sección 504: Tammy Alonzo, 360-412-4465, 504@nthurston.k12.wa.us. Dirección: 305 College Street NE, Lacey, WA 98516.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

**LEA APPROVAL**: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster ☐ Income Household

Total Household Size _____

Total Household Income $_____

| Weekly | Bi-Weekly | 2x per Month | Monthly | Annual |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**APPLICATION APPROVED FOR:** ☐ Free Meals ☐ Reduced-Price Meals

**APPLICATION DENIED BECAUSE:** ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____ ☐ Incomplete/Missing Information

_____ Date Notice Sent

_____ Signature of Approving Official

_____ Date