# Formulario de Ingresos del Hogar 2026-2027

UFSD of the Tarrytowns participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP"). Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene solamente un formulario por hogar, fírmelo y entréguelo a la escuela. Llame al (914)366-5811 si necesita ayuda. Devuelva la aplicación completa a:

Ruby Moronta
TUFSD - Administration
Building 200 N. Broadway
Sleepy Hollow, NY 10591

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

| Nombre del estudiante | Escuela | Grado/Maestro | Fecha de Nacimiento | Hijo de acogida | Sin ingresos |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y numero de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre: _____ Numero de caso: _____

3. Ingresos brutos del hogar: Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, **cuál es su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual).** No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

| Nombre del miembro del hogar | Ingresos del trabajo antes de deducciones | | Manutención de menores, pensión por divorcio | | Pensiones, pagos por jubilación | | Otros ingresos, Seguro Social | | Sin ingresos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***Cantidad*** | ***Frecuencia*** | ***Cantidad*** | ***Frecuencia*** | ***Cantidad*** | ***Frecuencia*** | ***Cantidad*** | ***Frecuencia*** | |
| 1. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 2. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 3. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 4. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 5. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 6. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 7. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |
| 8. | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | $ _____ | | ☐ |

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO – SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA

**Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application) Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12**

☐ SNAP/TANF/FOSTER
☐ Income

Total Income/How Often: _____ Household Size: _____

☐ Medicaid ☐ Free Eligibility ☐ Reduced Eligibility ☐ Denied Eligibility

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

**INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEP**

**PARTE 1**

**TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.**

(1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida. (2) Escriba sus grados y escuelas.

(3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

**PARTE 2**

**LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**

(1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.

(2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. **OMITA LA PARTE 3** - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDPIR.

**PARTE 3 Y 4**

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.**

(1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.

(2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos; semanal, cada dos semanas (catorcenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, no debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.

**La información aquí proporcionada será confidencial y sólo se utilizará para proporcionar los datos estadísticos requeridos conforme al Programa de Disposición de Elegibilidad Comunitaria**


**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

UUSDA aviso requerido De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de seas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en linea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
Correo electronico: Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades, empleador, y prestador.