

Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 año no base/Transferencia Electrónica de Beneficios de Verano (EBT)
Formulario de elegibilidad de ingresos familiares para el período 2026-2027

Distrito Escolar Central de Clarkstown está participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o la Disposición 2 en un año no base. Todos los niños de la escuela recibirán comidas/leche sin cargo alguno, independientemente de los ingresos familiares o de si completan este formulario. Este formulario sirve para determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales para los que su(s) hijo(s) puedan calificar, incluido el Programa de Beneficios Electrónicos de Verano (EBT). Lea las instrucciones del reverso y complete sólo un el formulario para su hogar, firmelo y devuélvelo a la escuela mencionada anteriormente. Llame al 845-639-6546, si necesita ayuda.

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

Nombre del Estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Niño de acogida	Sin Ingresos
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, indique aquí su nombre y número de caso. Entonces pase a la Parte 4.

Nombre:

NÚMERO DE CASO:

3. Ingresos brutos del hogar: Enumere a todas las personas que viven en su hogar, cuánto y con qué frecuencia reciben su salario (semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente). No deje ningún campo de ingresos en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla. Si ha incluido a un menor en acogida, debe informar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos por trabajo antes de las deducciones Cantidad / Con qué frecuencia	Manutención infantil, pensión alimenticia Cantidad / Con qué frecuencia	Pensiones, jubilación Pagos Cantidad / Con qué frecuencia	Otros ingresos, Seguro Social Cantidad / Con qué frecuencia	Sin Ingresos
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐

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

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que todos mis ingresos han sido declarados. Entiendo que la información se proporciona para que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información y, si proporciono información falsa intencionalmente, puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos podrían perder los beneficios de alimentación.

Firma:

Fecha:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono

Teléfono del trabajo

Dirección particular

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

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

Total Household Income/How Often:

Household Size:

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Denied Eligibility

Signature of Reviewing Official

Instrucciones del formulario de ingresos familiares del año distinto al año base (CEP/Disposición 2)

PORTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO POR HOGAR.

- (1) Escriba en un solo formulario los nombres de los niños, incluyendo los niños de acogida, para los que solicita la ayuda.
- (2) Indique su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar que hay un niño en acogida que vive en su hogar, y marque la casilla correspondiente a cada niño que no reciba ingresos.

PORTE 2

LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique el número de caso actual de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar. No utilice 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 el formulario en la PARTE 4. **SALTAR LA PARTE 3-** No incluy los nombres de los miembros del hogar ni los ingresos si proporciona un número de SNAP, TANF o FDPPIR.

PARTES 3 Y 4

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

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, tengan o no ingresos. Incluyase a usted mismo, a los hijos por los que completa el formulario, a todos los demás hijos, a su cónyuge, a sus abuelos y a cualquier otra persona, familiar o no, que viva en su hogar. Use una hoja adicional si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos o cualquier otra deducción, e indique su procedencia, como salarios, prestaciones sociales, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueran mayores o menores de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Indique con qué frecuencia recibe este ingreso: semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes o mensualmente. Si no recibe ningún ingreso, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o concertado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por dicho cuidado bajo los Programas de Subvención en Bloque para el Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Cuidado Infantil en Riesgo debería ser considerado como ingreso para este programa.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Declaración de no discriminación: Aquí se explica qué hacer si cree que ha sido tratado injustamente.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos provenientes de programas de asistencia pública, creencias políticas o preferencias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los motivos se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiotexto, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, disponible en línea en Cómo presentar una queja por discriminación en un programa y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 94-10
Washington, D.C. 20250-9410, o
2. **fax:**
(202) 690-7442, o
3. **correo electrónico:**
program_intake@usda.gov