

Solicitud Familiar para Comidas Gratis o a Precio Reducido para el Año Escolar 2018-2019

Realice la solicitud en línea en www.abcdefgh.edu

Llene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

| | | | | | | |
|---|--|---|--|---|-----------------------------------|---|
| Nombre del niño | Inicial del segundo nombre | Apellido del niño | Grado | ¿Estudiante? Sí No | Niño en régimen de acogida | Sin hogar, migrante, fugado |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| En caso NEGATIVO > Vaya al PASO 3. En caso AFIRMATIVO > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) | | | Número de expediente: <input type="text"/> | | | |
| | | | Escriba solo un número de expediente en este espacio. | | | |
| | | | Marque todos que correspondan ¿Con qué frecuencia? Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales | | | |
| A. Ingresos del niño A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí. | | | Ingresos del niño \$ <input type="text"/> | | | |
| B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted) Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. | | | | | | |
| Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido) | Ingresos profesionales | ¿Con qué frecuencia? Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales | Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia | ¿Con qué frecuencia? Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales | Pensión/jubilación/ otros | ¿Con qué frecuencia? Semanales Quincenales Bimensuales Mensuales |
| | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> |
| | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> | \$ | <input type="text"/> |
| Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos) | Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | Marque si no tiene SSN |

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si está disponible) Apartamento n.º Ciudad Estado Código postal Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario Firma del adulto Fecha de hoy

| Fuente de ingresos de los niños | |
|--|--|
| Fuentes de ingreso del niño | Ejemplo(s) |
| Seguridad Social Pagos por discapacidad | Un niño que trabaja o tiene un tiempo completo parcial en el que gana un sueldo o salario |
| Hispano o latino | - Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social |
| Raza (marque una o más) | Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano |

La ley estatal de comidas escolares Richard B. Russell requiere que un amigo o familiar que regula el programa no sea 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 del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF - Temporary Assistance for Needy Families) Programas de Distribución de Alimentos En Reservas Indias (FDPPIR - Program or Food Distribution on Indian Reservations) u otro identificador FDPPIR 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, y 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 los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

| Fuente de ingresos de los adultos | | |
|---|---|--|
| Ingresos profesionales | Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil | Pensión / jubilación / otros |
| Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) | - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) | las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumocoñosis - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles |
| Estadístico del Ejército de Estados Unidos: | - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil (no incluye el pago de comida, FICA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de base | Asistencia del programa (por intereses de inversión con el Intereses ganados de cualquier programa federal de Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda |

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno 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
(202) 690-7442; o

fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

| How often? | | | |
|------------|-----------|----------|---------|
| Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
| | | | |

Household size

Eligibility:

| Free | Reduced | Denied |
|------|---------|--------|
| | | |

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Verifying Official's Signature

Date