



# Solicitud de Massachusetts para Comidas Escolares Gratuitas o de Precio Reducido 2020-2021

Si recibió un **Aviso de Certificación Directa – GRATIS** del Distrito escolar para comidas gratis, **No complete** esta solicitud. Si recibió una **Notificación de Certificación Directa – PRECIO REDUCIDO** del distrito escolar para comidas a precio reducido, esta solicitud puede presentarse. **Informe** a la escuela si alguno de los niños en el hogar no figura en el **Aviso de Certificación Directa** – carta que recibió diciendo **GRATIS**.

## PASO 1 Enumere TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados". Los niños en **cuidado de crianza** y los niños que cumplen con la definición de personas **sin hogar, migrantes o fugitivos** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o de precio reducido** para obtener más información.

Nombre del Estudiante	SN	Apellido del Estudiante	Nombre de la Escuela	Grado	Estudiante ? Marque Si o No	Cuidado de Crianza	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo
						Marque lo que corresponda			
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PASO 2 ¿Alguno de los Miembros del Hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPPIR?

Escriba el **número de identificación** de la agencia, luego vaya al **PASO 4** (No complete el PASO 3) **Número de EBT no es aceptado; Se puede solicitar una carta de adjudicación de SNAP.** **Número de ID de la Agencia:**

## PASO 3 Reporte los Ingresos de Todos los miembros del hogar (omite este paso si respondió " Si" al PASO 2)

Revise los cuadros titulados "Fuentes de Ingresos" para obtener más información.

El cuadro "Fuentes de Ingresos para Niños" le ayudará con la sección de ingresos para niños. El cuadro "Fuentes de Ingreso para Adultos" lo ayudará con la sección **Todos los Miembros Adultos del Hogar**.

### A. Ingreso del Niño/a

Algunas veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Incluya los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar enumerados en PASO 1 aquí:

Ingreso del Niño/a	¿Con qué Frecuencia?			
	Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (Incluido usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar mencionado, si reciben ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben cualquier campo en blanco, está certificando (prometedor) que no hay ingreso para informar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias Trabajo	¿Con qué Frecuencia?				Asistencia Pública/Manutención	¿Con Que Frecuencia?				Pensiones/Jubilación/Otros Ingresos	¿Con que Frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Total de Miembros en el Hogar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado primario u otro miembro adulto del hogar.

XXX-XX-

Marque si No hay SSN

## PASO 4 Información de Contacto y Firma de un Adulto Devuelva el formulario completado a la escuela de su hijo/a.

"Certifico (prometo que todo la información en esta solicitud es verdadera y que se informa todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos Federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar la información Soy consciente de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (Si está disponible)	Apt #	Ciudad	Estado	Zona Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre impreso del adulto que firma el formulario	Firma del Adulto	Fecha de Hoy	Error prone <input type="checkbox"/>	

**INSTRUCCIONES**

**Fuente de Ingresos**

Fuente de Ingresos Infantiles	
Fuente de Ingresos Infantiles	Ejemplos
- Ganancias del Trabajo	- Un niño/a tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial donde gana un salario.
- Seguro Social - Pagos de Discapacidad - Beneficios de Soberviviente	- Un niño/a es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social. - Un padre está discapacitado, retirado o fallecido, y su hijo/a recibe beneficios de seguro social.
-Ingresos de persona fuera del hogar	- Un amigo o un miembro de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño/a para gastar
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño/a recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de Ingresos para Adultos		
Ganancias de Trabajo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticial/ Manutención Infantil	Pensiones/Jubilación/Todos los Demás Ingresos
- Salario, salaries, bonos en efectivo - Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)  Si estás en el Ejército de los EE.UU: - Pago básico y bonificaciones en efectivo (No incluye pago de combate, PSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios fuera de la base que albergan alimentos y ropa.	- Beneficios de Desempleado - Compensación de Trabajadores - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos de pension alimenticia - Pagos de manutención infantil - Beneficios de Veterano - Beneficios de Huelga	- Seguro Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios de pulmón negro) - Pensiones privadas o prestaciones por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomiso o propiedades anualizadas - Anualidades - Ingresos de inversión - Interés ganado - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

**Origen Étnico(Marque uno):** **Raza (check one or more):**

Hispano o Latino     
  Indio Americano o Nativo de Alaska     
  Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico  
 No Hispano o Latino     
  Asiático     
  Blanco  
 Negro o Afroamericano

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis oa precio reducido.

**OPTIONAL Children's Racial and Ethnic Identities**

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 hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis oa precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma 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 Assistance Program), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-Temporary Assistance for Needy Families) Programas de Distribución de Alimentos En Reservas Indias (FDPIR-Program of Food Distribution on Indian Reservations) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos si información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas a gratis oa precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PDEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos evaluar, y determinar las prestaciones de los programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudar 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, y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminatorios 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 a cabo financiado por el USDA. Las personas con

discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron prestaciones. Las personas sordas con problemas de audición deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877'8339. Además puede encontrar información del programa en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, llene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USD, (USDA Program Discrimination Complaint Form – AD- 3027) disponible el línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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 completado o carta al USDA por :

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

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**Solo para Uso de Oficina**

**Solicitud de Massachusetts para Comidas Escolar Gratuita oa Precio Reducido 2020-2021**

**Ingreso Total**  **Tamaño del Hogar**

Solo anulice el ingreso si hay múltiples frecuencias de pago

¿Con que Frecuencia?

Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensu	Anual
<input type="radio"/>				

Conversión de Ingreso Anual:	
Semanal	x 52
Quincenal	x 26
Dos veces al mes	x 24
Mensual	x 12

**Elegibilidad:**

Gratis	Reducido	Negado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Elegibilidad Categórica**

**Determinación de la firma del funcionario**

**Fecha**

**Confirmación de la Firma del Funcionario**

**Fecha**

**Verificación de la firma del Funcionario**

**Fecha**