

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O PRECIO REDUCIDO

Parte 1 - Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a: Distrito/Escuela, Coordinadora de estudiantes Sin Hogar o Migratorio:

Sin Hogar
 Emigrante(Migrant)
 Abandonó su Hogar
 Sólo liste el nombre del niño, grado y edificio (escuela) en Parte 3.

Parte 2 - ¿Algún miembro de su hogar recibe Programa de Asistencia de Comida(FAP), Programa de Independencia Familiar (FIP) o FDPiR? Proporcionar el nombre y número de caso para la persona que recibe beneficios.

Nombre: _____ Número de caso: _____ *Numeros de Tarjeta de Bridge y Numeros de Medicaid NO SON ACEPTABLE como numeros de caso.

Parte 3 - Nombres de persona en el hogar - Anote a continuación *todas* las personas que viven en su hogar, los estudiantes y no estudiantes, relacionados o no. Por ejemplo, abuelos, otros parientes y / o amigos, incluyendo a sí mismo y a los niños que viven con usted.

Parte 4 - Ingreso Bruto Total Del Hogar - Incluya la cantidad de dinero y circule la frecuencia con que se recibe. Si la persona no recibe ningún ingreso "\$ 0" debe circular la columna Círcule si no hay ingresos. Si usted escribió un número de caso de Programa de Asistencia de Comida/Programa de la Independencia Familiar/FDPiR para un niño en Parte 2, pase a la Parte 5.

Nombres	Círculo Sí, si Hijo(a) de Crianza	Grado (si se aplica)	Nombre del edificio (Escuela) (si se aplica)	Círcule si no hay ingresos	Ganancias del trabajo (antes de deducciones de taxes)		Asistencia de beneficios sociales (welfare), sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social		Otros Ingresos			
					semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		
Ejemplo: Jane Doe	Sí			\$0	\$600	dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes	\$250	dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
1	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
2	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
3	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
4	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
5	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
6	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
7	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
8	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes

Parte 5 - La firma y los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto (Miembro adulto del hogar debe firmar y indicar la fecha).

Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que "No tiene número de Seguro Social."
(Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que el patrocinador recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de el patrocinador pueden verificar dicha información. Entiendo que si verdaderamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Imprime el Nombre: _____ Fecha: _____

Los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto: XXX-XX-_____ No tiene número de Seguro Social.

Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
Telephono de casa/celular	Telephono de Trabajo	Email	

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted puede ser notificado por e-mail de su elegibilidad para comidas gratuitas o a precios reducidos.

Parte 6 - Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque uno o más identidades raciales:

- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Asiático
 De raza negra o Afro-Americano Blanco
 Hawaiano o de otra isla del Pacífico Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano or Latino
 No Hispano o No Latino

Declaración del Acta de Privacidad: Numero de Seguro Social

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso FAP o FIP o otro caso de FDPIR, asignados a los niños para los cuales está solicitando, tampoco no es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevó (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

VERIFICACIÓN - PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

Date Selected for Verification: _____		Date Follow-up/Second Notice: _____		Date of Adverse Notice Sent: _____
Confirming Officials Signature: _____		Follow-up Official's Signature: _____		_____
Response Due from Household: _____		Verification Official's Signature: _____		_____
FAP/FIP/FDPIR/Foster Eligibility: <input type="checkbox"/> Not confirmed Confirmed: <input type="checkbox"/> Department of Human Services <input type="checkbox"/> Notice of Eligibility	Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	_____ Wage Stubs _____ Written Documents _____ Collateral Contact _____ Agency Records _____ Other _____	Verification Result <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid <input type="checkbox"/> No Change	Reason for Eligibility Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> Other _____

APPROVAL/DISAPPROVAL - FOR SCHOOL USE ONLY

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

Household Size: _____ Total Gross Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	_____ Number of Children Free _____ Number of Children Reduced _____ Number of Children Paid _____ Temporary Free - Time Period: _____ (expires after _____ days)	Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other (specify) _____
---	---	---

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ **Date Dropped/Withdrawn:** _____