

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD

Sección 1: Todos los Miembros de la Familia (**un miembro de la familia es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Escriba el nombre de cada miembro de la familia, el nombre de la escuela a la cual asiste cada niño y el grado de cada uno. Si el niño es un niño de crianza temporal, marque la casilla para niño de crianza temporal. Si un miembro de la familia no tiene ingreso, marque la casilla sin ingreso. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños de crianza temporal, deben ser incluidos aquí. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.

Si alguien en su familia recibe beneficios de **FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2, o del Programa de Distribución de Alimento en Reservas Indígenas (FDPIR)**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Detalle el número de caso para el miembro de la familia (adulto o niño) que recibe beneficios de **FoodShare o Beneficios en Efectivo W-2 o FDPIR**.

Sección 3: Omita esta parte.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

Si presenta la solicitud por un niño que **está sin hogar, es migrante o se escapó de su hogar**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Marque la categoría adecuada y llame a **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

Si presenta la solicitud *solamente* por uno o varios **niño(s) de crianza temporal**, siga las siguientes instrucciones. **No** necesita completar una solicitud separada para cada niño de crianza temporal en su familia. (Si hay niños de crianza temporal y niños que no son de crianza temporal en su familia, siga las instrucciones de abajo para Todas las otras Familias).

Si todos los niños en la familia son marcados como niños de crianza temporal en la Sección 1:

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Omita esta parte.

Sección 4: Omita esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, incluyendo familias de WIC y familias con niños tanto de crianza temporal como no de crianza temporal, siga las siguientes instrucciones:

Sección 2: Omita esta parte.

Sección 3: Si completa la solicitud para algún niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar marque la casilla apropiada y llame a **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. De no ser así, omita esta parte.

Sección 4: Siga las siguientes instrucciones para informar el ingreso total de la familia en **este mes o el anterior**.

- **Sección 1—Nombre:** Detalle a todos los miembros de la familia que reciben un ingreso.
- **Sección 2—Ingreso Bruto y Con qué Frecuencia se Recibió:** Detalle el ingreso de cada miembro de la familia. Marque la casilla para decirnos la frecuencia con la cual la persona recibe el ingreso—semanal, semana de por medio, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos por Trabajo:** Detalle el **ingreso bruto**, no el pago neto. El ingreso bruto es el monto ganado *antes* de impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo. El ingreso neto *solo* debe ser informado si tiene su propio negocio, granja o ingreso por alquileres.
 - **Bienestar Social, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia:** Detalle el monto que cada persona recibe y marque la casilla para informarnos la frecuencia.
 - **Pensiones, Retiro, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por discapacidad.** Detalle el monto que recibe cada persona, y marque la casilla para informarnos la frecuencia con la cual lo reciben.
 - **Otros Ingresos:** Detalle la Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba semanalmente, cada semana de por medio, dos veces al mes, mensual, trimestralmente o de forma anual. No incluya el ingreso de FoodShare, FDPIR, WIC, beneficios Federales de educación y pagos de crianza temporal recibidos por su familia de parte de la agencia de colocación.
 - Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

Sección 5: Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario y detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social (o escribir "ninguno" si no lo tiene). Escribir "ninguno" **no** impide que su(s) hijo(s) califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

SECCIÓN 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR				
Nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste el niño, o indique "NA" si el miembro de la familia no está en la escuela	Grado	Marque si es un niño de crianza temporal (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte.) Si todos los niños listados abajo son niños de crianza temporal, pase a la Sección 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingreso
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 2. BENEFICIOS
Si algún miembro de su hogar recibe FoodShare, FDPIR o Beneficios W-2 en Efectivo , proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe beneficios y pase a la Sección 5 . Si nadie recibe estos beneficios, avance a la Sección 3. NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

SECCIÓN 3. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO
Si presenta la solicitud para un niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar, marque la casilla correspondiente y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #] SIN HOGAR <input type="checkbox"/> MIGRANTE <input type="checkbox"/> ESCAPADO <input type="checkbox"/>

PARTE 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR(antes de deducciones). Detalle todos los ingresos en la misma línea para la persona que los recibe. Marque la casilla para la frecuencia con la cual los recibe. Registre cada ingreso sólo una vez. Si proporcionó un número de caso en la Sección 2, **no** necesita brindar información de ingreso.

1. NOMBRE (Liste solo los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE															
	Ingreso por trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, Manutención Infantil, Pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, retiro, Seguridad Social SSI beneficios a VA	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todo Otro Ingreso (indique frecuencia, como "semanal" "mensual" "trimestral" "anual")
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / trimestral
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /
\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /

SECCIÓN 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)
Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Sección 4, el adulto que firma el formulario además debe detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social o escribir "ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social. (Ver la Declaración de Privacidad en el reverso de esta hoja.) <i>Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si brindo información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado.</i> Firme aquí: _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____ Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social (Escriba "Ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social): * * * - * * - _____

SECCIÓN 6. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)	
<i>Elija una etnia:</i>	<i>Elija una o más (sin importar la etnia):</i>
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

NO COMPLETAR. SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

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

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___

Reason: _____

Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro o por debajo del límite en este cuadro.

Tamaño de la Familia	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Cada persona adicional:	\$7,067	\$589	\$136

Declaración de Privacidad: Explica cómo usaremos la información que nos brinda.

La ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando solicita en nombre de un niño de crianza temporal o da un número de caso de FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2 o Programa de Distribución de Alimento en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programa y con funcionarios de aplicación de la ley para ayudarles a investigar violaciones a las reglas del programa.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si considera que ha sido 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 Relevos (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.