**Nombre De Escuela**

**Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hogar**

**Insert School Year Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido**

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

[ ]  [ ]

[ ]  [ ]

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial

Con que frecuencia?

Con que frecuencia?

 Semana Quincena 2x mes 1x mes

 Semana Quincena 2x mes 1x mes

Con que frecuencia?

 Semana Quincena 2x mes 1x mes

 Semana Quincena 2x mes 1x mes

Con que frecuencia?

**Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico ‘Si’ en PASO 2).**

**Numero de Caso:**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

**Si contesto SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

**Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con circulo: Si / No**

Definición de **Miembro del**

**Hogar**: “Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia.”

**Niños adoptivos temporales (Foster)** y niños que cumplen con la definición de **Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea **“Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido”**.

**Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar**

**No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?**

**Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas “Guías de Ingresos” para obtener más información.**

La “Guía de Ingresos para Niños” le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La “Guía de Ingresos Para Adultos” le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

**$**

Ingresos BRUTO del Niño

**A. Ingresos Del Niño**

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Fecha de hoy

Teléfono y Correo Electrónico (opcional)

Firma del adulto que lleno el formulario

**Si contesto NO** > Complete PASO 3.

Marque todas las que aplican

Niño Foster

Migrante, Sin hogar, Fugado

**Liste a TODOS los bebes, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)**

**PASO 2**

**PASO 3**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos

BRUTOSIngresos Del empleo

**Primer Nombre Del Niño**

**Apellido Del Niño**

**PASO 1**

**IM**

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba ‘0’. Si usted pone ‘0’ o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

**C. Número Total de los Miembros del Hogar** (Niños y Adultos)

**X X X**

**X X**

**Información de contacto y firma de adulto Envié Forma Completa a: [INSERT SCHOOL/DISTRICT MAILING ADDRESS]**

**PASO 4**

**Información de contacto y firma de adulto Envié la Forma Completa a: INSERT SCHOOL/DISTRICT MAILING ADDRESS**

“Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican.”

**Últimos cuatro dígitos del numero de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar**

[ ] **Indique si no hay SSN**

q**Error Prone**

**SOLAMENTE USO DE OFICINA**

**Eligibility: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Denied\_\_\_**

**Determining Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

q**Case # Application** q**Foster Application** q**Directly Certified: Date of Disregard**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

q**Income Application** q **Homeless/Migrante/Runaway**

Household Size:\_\_\_\_\_­\_\_

Total Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per: qWeek qBi-Weekly (Every 2 Weeks) q2x Month qMonthly qAnnual

**q Selected For Verification:**  Confirming Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Follow-Up Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Apartamento

Ciudad

Código Postal

Estado

Calle y número de casa (si está disponible)

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde):

**Raza (Marque uno o más):**

 **Guías de Ingresos**

[ ]

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

|  |
| --- |
| **Guía de Ingresos Para Niños** |
| **Tipo de ingreso** | **Ejemplos** |
| Ingresos de empleo | Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario. |
| Seguro Social:-Pagos de discapacitación-Beneficios de Sobrevivientes | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.  |
| Ingresos de personas fuera del hogar | Un amigo o miembro de la familia extendida que *regularmente* le da dinero para gastar a un niño.  |
| Ingresos de cualquier otro origen  | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.  |

|  |
| --- |
| **Guía de Ingresos Para Adultos** |
| **Ingresos de Empleo** | **Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial**  | **Pensiones/Retiro/Otros Ingresos** |
| - Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)**Si usted está en el militar EE.UU.:**- Sueldo básico y bonos en efectivo *(no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados)*-Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa | - Beneficios de desempleo- Compensación del trabajador- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)- Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local- Pagos de pensión matrimonial- Pagos de manutención - Beneficios de veteranos- Beneficios de huelga | - Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)- Pensiones privadas o de discapacidad-Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones- Anualidades- Ingreso de inversión- Interés ganado- Ingresos de alquiler- Pagos en efectivo regulares fuera del hogar |

**OPCIONAL**

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitación para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

*De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.* *La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande,*

*cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.*

*Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:*

***correo postal:*** *U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights*

*1400 Independence Avenue, SW*

*Washington, D.C. 20250-9410; o´*

***fax: (****833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; o´*

***correo electrico:****program.intake@usda.gov.*

**OPCIONAL**

**INSTRUCCIONES**

 Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur Blanco

Hispano o Latino No Hispano o Latino

[ ] **Etnicidad (Marque Uno):**

**Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.