**Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares**

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

**PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:** Click or tap here to enter text.

**DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):** Click or tap here to enter text.

**DIRECCIÓN:** Click or tap here to enter text.

# PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12o grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

**Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **El primer nombre del niño/a** | ***MI*** | **Apellido(s) del niño/a** | **Grado** | **Apply** | ***Foster child*** | **Migrante** | **Huyó del hogar** | **Sin hogar** | Application Instruction’s |
| Click or tap here to enter text. | MI | Click or tap here to enter text. | Grado | Marque todas las opciones  |[ ] [ ] [ ] [ ]  Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D. |
| Click or tap here to enter text. | MI | Click or tap here to enter text. | Grado |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
| Click or tap here to enter text. | MI | Click or tap here to enter text. | Grado |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
| Click or tap here to enter text. | MI | Click or tap here to enter text. | Grado |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |

# PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias  Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

[ ]  **NO** 🡺 Continúe al PASO 3. [ ]  **SÍ** 🡺 Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4. **NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA
DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]):**  Click or tap here to enter text.
 Escriba solo un número de caso en este espacio

# PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

1. **Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan
mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente
únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba “0”. Si escribe “0” o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con qué frecuencia se reciben? | Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención | ¿Con qué frecuencia se reciben? | Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia se reciben? |
| Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Anualmente |  | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente |  | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente |
| Click or tap here to enter text. | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |
| Click or tap here to enter text. | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |
| Click or tap here to enter text. | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |
| Click or tap here to enter text. | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |
| Click or tap here to enter text. | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  | **$** Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos) Click here to enter text.**Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro
Social de la persona que tenga el salario principal**

**u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)** Click or tap here to enter text. Marque si no tiene número
de Seguro Social [ ]

Consulte la lista de las fuentes de
ingresos al reverso de la solicitud.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Ingresos de los niño/as** A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.
 |  | Ingresos de los niño/as | ¿Con qué frecuencia se reciben? |
|  | Semanalmente | Cada2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Anualmente |
|  |  | $Click or tap here to enter text. |  |  |  |  |  |

# PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Escriba aquí la dirección de la escuela Click or tap here to enter text.

“Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables”.

 Click here to enter text.
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario Click or tap here to enter text.
Firma del adulto Click or tap here to enter text.
Fecha de hoy

 Click or tap here to enter text.
 Dirección postal (si está disponible) Click or tap here to enter text.
Ciudad Click or tap here to enter text.
Estado Click or tap here to enter text.
Código postal Click or tap here to enter text.
Teléfono (opcional)Click or tap here to enter text.
Correo electrónico (opcional)

# FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

**Fuentes de ingresos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ingresos del trabajo** | **Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia** | **Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos** |
| * sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones
* ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)

**Sí forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:*** pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)
* subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta
 | * beneficios por desempleo
* compensación para los trabajadores
* Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
* asistencia en efectivo del estado o el gobierno local
* pagos de manutención
* pagos de pensión alimenticia
* beneficios para veteranos
* beneficios por huelga
 | * seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)
* pensiones privadas o beneficios por discapacidad
* ingresos procedentes de fideicomisos o herencias
* anualidades
* ingresos por inversiones
* intereses devengados
* ingresos por arrendamiento
* pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas
 |

**Ejemplos de ingresos de los niño/as**

* Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo
en el que gana un sueldo o salario.
* Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.
* El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a
recibe beneficios del Seguro Social.
* Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a
regularmente para sus gastos.
* Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión
privado, anualidad o fideicomiso.

# OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

**Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad.
Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.**

**Origen étnico (marque una opción):** [ ]  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) [ ]  Ni hispano ni latino

**Raza (marque una o más opciones):** [ ]  Indígena americano o nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o afroamericano [ ]  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico [ ]  Blanco

**Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. \*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles
del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

#  NO LLENAR Solo para uso de la escuela.

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income

Click or tap here to enter text.

How often?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Weekly | Every2 Weeks | 2x Month | Monthly | Annual |
|  |  |  |  |  |

Household size

Click or tap here to enter text.

Categorical Eligibility [ ]

Eligibility

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

Click or tap here to enter text.
Determining Official’s Signature

Click or tap to enter a date.
DateClick or tap here to enter text.
Confirming Official’s Signature

Click or tap to enter a date.
DateClick or tap here to enter text.
Verifying Official’s SignatureClick or tap to enter a date.
Date

## **Declaración sobre el uso de la información** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos.** Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del
hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de “Marque si no tiene número de Seguro Social”. Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias
Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no
necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir
comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir
comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.
**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.**

**La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.**

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.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf**](%20https%3A//www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 | FAX: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o Correoelectrónico: Program.Intake@usda.gov  | **\* No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.** |

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.