2022- 2023 Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un bolígrafo (**NO lápiz**).

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia." Niños adoptivos temporales ("Foster") 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".

Primer Nombre del Niño	I	Apellidos del Niño (hasta donde alcancen los espacios)	¿Estudiante? Sí	¿Estudiante? No	Grado Escolar	ID Comedor	Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugitivo
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐
			☐	☐			☐	☐

Indique todo lo que sea pertinente:

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Circule su respuesta: Sí / NO

Si usted indicó NO > Complete PASO 3 **Si usted indicó SÍ > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)**

No. de Caso:

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

A. Ingreso del Niño

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

Ingreso del niño $ ____ ¿Con qué frecuencia? ○ Semanal ○ Quincenal ○ Bi-Sem. ○ Mensual ○ Anual

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

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia? Semanal / Quincenal / Bi-Sem. / Mensual / Anual	Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia? Semanal / Quincenal / Bi-Sem. / Mensual / Anual	Pensión/Jubilación Otros ingresos	¿Con qué frecuencia? Semanal / Quincenal / Bi-Sem. / Mensual / Anual
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○ ○

Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos) ____

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar X X X- X X- ____

Marque si no tiene número de Seguro Social ☐

PASO 4 Información de Contacto y Firma de Adulto

"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 de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible) Apto # | Ciudad | Estado | Código Postal | Teléfono y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde): | Firma del adulto que llenó el formulario: | Fecha de hoy:

Instrucciones Fuente de Ingresos

Fuente de Ingresos de Niños	
Fuente de Ingreso de los niños	**Ejemplos**
Ingreso por concepto de trabajo	Un niño tiene un trabajo a tiempo completo o parcial donde ganan un sueldo o salario
Seguro Social: Pago por Discapacida	Niño sea ciego o es discapacitado y recibe los beneficios de Seguro Social
Pago por beneficio como sobreviviente	Los padres están deshabilitado, jubilado o fallecido, y su niño recibe beneficios de Seguridad Social
Ingreso de una persona fuera del núcleo familiar	Un amigo o algún miembro familiar que de forma regular aporta a los gastos de los niños
Ingresos de cualquiera otra fuente	Un niño recibe ingresos de forma regular de un fondo de pensiones privado, de una anualidad o de fondos tipo trust

Fuente de Ingresos de Adultos		
Ingreso por concepto de trabajo	**Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención**	**Pensión / jubilación / otros ingresos**
Sueldos, salarios, bonos en efectivo Cobro de ingresos netos por auto empleo (finca o negocio) Si estás en el ejército de Estados Unidos: Pago básico, pago de bonos y pago en efectivo (no se incluya la paga de combate, FSSA o subsidios privatizado de vivienda) Pago por subsidios de vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	Compensación por desempleo Indemnización por trabajo Ingreso por Seguridad Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo por parte del estado o del gobierno local Pago por pensión alimenticia de niños Pago por beneficios de veteranos de guerra Pagos por beneficios de huelga	Pago por seguro social (incluyendo beneficios de jubilación y pulmón negro del ferrocarril) Pagos por pensiones privadas o por incapacidad Pagos por ingresos regulares del estado o por fondos trust Anualidades, Ingresos por inversiones, Intereses ganados, Ingresos por renta Pagos regulares en efectivo fuera del núcleo familiar

NO CUMPLIMENTE ESTA PARTE ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA

Conversión Anual de Ingresos: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: $_____ Por: ❑ Semana ❑ Quincenal ❑ Cada 2 Semanas ❑ Mensual ❑ Año Tamaño de la familia: _____

Categóricamente Elegible: ❑ Elegibilidad por Ingresos: Gratis ❑ Reducido ❑ Pagando ❑

☐ **Error Prone**

☐ **Verificación por Causa**

☐ **Muestra**

Firma del Funcionario

Autorizado para Determinar: _____ Fecha: _____

Firma del Funcionario

Autorizado para Confirmar: _____ Fecha: _____ Cambió a: **Gratis❑ Reducido❑ Pagando❑**

Firma del Funcionario

Autorizado, 2da Revisión Independiente.: _____ Fecha: _____ Cambió a: **Gratis❑ Reducido❑ Pagando❑**

Resultado Verificación:

Firma del Funcionario Autorizado: _____ Fecha: _____ Cambió a: **Gratis❑ Reducido❑ Pagando❑**

Resultado Monitoria:

Firma del Funcionario Autorizado: _____Firma Monitor_____ Fecha: _____ Cambió a: **Gratis❑ Reducido❑ Pagando❑**

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

No Aplica. Puerto Rico tiene una dispensa para no solicitar información relacionada a Identidad Racial.

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del 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 Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer implementación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

Política pública de la ley de derechos civiles de los programas de nutrición del niño de "USDA"
De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del departamento de agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.