

2016-2017 Prototipo Solicitud para Comida Gratuita o a Precio Reducido

Apply Online at: <http://sites.idschools.org/nutrition>

Llena una solicitud por familia. Por favor use un bolígrafo (no un lápiz).

Date Received by LEA (LEA use only) _____

PASO 1 Escriba todos los miembros de la familia que sean infantes, niños y estudiantes incluyendo grado 12 (si hay más niños presente que líneas anexe un segundo papel)

Definición de Integrantes de Hogar: "Cualquier persona que podría estar relacionado y que esté viviendo con usted y comparta ingreso y gastos de la casa."

Niños de Albergue y desamparados, migrantes o fugitivos son elegibles para el programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido. Lea **Como Solicitar la Comida Gratuita o a Precio Reducido**.

Nombre de Niño	1 del 2° Nombre	1 ^{er} y 2° Apellido	Edificio	Grado	Niños de Albergue	Desamparado, Migrante o Fugitivo

PASO 2 ¿Está participando actualmente un miembro de la casa (incluyéndolo a usted) en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDIPIR? Encierre con un círculo: Sí / No

Si su respuesta es **NO** > Complete el PASO 3 Si su respuesta es **Sí** > Escriba el número aquí y salte al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso: _____

PASO 3 Reporte el ingreso de todos los miembros de la familia (salte este paso si su respuesta es 'Sí' en el PASO 2)

Escriba un solo número de caso en el espacio

Por favor, Lea **Como Solicitar la Comida Gratuita o a Precio Reducido** para más información.

La sección para las Fuentes de Ingreso de Niños le ayudará con esta parte de preguntas sobre el Ingreso de Niños.

La sección para La Fuente de Ingreso de Adultos le ayudará con esta parte de preguntas sobre el Ingreso de Adultos.

A. Ingreso de Niño

A veces, los niños de familia reciben ingreso. Por favor incluya el ingreso TOTAL ganado de todos los miembros de la familia listados en el PASO 1 aquí.

Ingreso de Niño \$ _____

¿La frecuencia?

Semanal	Quincenal	Bimestralmente	Mensual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los miembros de la familia (incluyéndolo a usted)

Escriba todos los miembros de la familia que no aparezcan en el PASO 1 (incluyéndolo a usted) **aunque no ganen ingreso**. Por cada Miembro de familia escrito, si reciben ingreso, reporte el ingreso total para cada fuente en dólares sin centavos. Si no reciben ingreso de ninguna fuente escriba, '0'. Si usted escribe '0' o deja un espacio en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Nombre de Adultos en la casa (Nombres y Apellidos)	Ganancias de Trabajo	¿La Frecuencia?				Beneficios Sociales/ Pensión Alimenticia	¿La Frecuencia?				Pensiones/Retiros/ Otros ingresos	¿La Frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	Bimestralmente	Mensual		Semanal	Quincenal	Bimestralmente	Mensual		Semanal	Quincenal	Bimestralmente	Mensual
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total de Integrantes de la familia (Niños y Adultos) _____	Los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (NSS) del miembro primario de su casa u otro miembro adulto					X X X	X X				No tengo NSS <input type="checkbox"/>				

PASO 4 Información y firma del Adulto

"Yo certifico (prometo) que la información en esta solicitud es verdadera y todo ingreso esta reportado. Yo entiendo que esta información es dada en conexión con el recibo de Fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar la información. Yo entiendo que si reporto información falsa, mis niños pueden perder el beneficio del Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido, y me pueden procesar bajo las leyes que aplican del Estado y Federales."

Dirección (si tiene una)	N° Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono y correo electrónico (opcional)
Nombre en letra molde del adulto que llenó el formulario		Firma del adulto que llenó el formulario			Fecha de hoy

DO NOT FILL OUT THIS SECTION. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.

ANNUAL INCOME CONVERSION: WEEKLY X 52, EVERY 2 WEEKS X 26, TWICE A MONTH X 24, MONTHLY X 12 (USE ONLY IF MULTIPLE FREQUENCY)
 Food Stamps/Temporary Assistance Household size: _____ Total income: _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year
 Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____ Date withdrawn: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date Approved/Denied: _____
 Confirming Official's Signature (For verification purposes only): _____ Date: _____

Es necesario preguntarle si puede compartir información acerca de la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda asegurar que podamos servir a nuestra comunidad lo mejor posible. Esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad y participación de sus hijos en el Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido.

Etnia (marque uno):

- Hispano o Latino
- No hispano ni latino

Raza (marque una o más):

- Indígena norteamericana o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afro- americano
- Hawaiano o de otra isla del Pacifico
- Blanco

El **acta Nacional de almuerzo escolar Richard B. Russell** requiere la información en este formulario. Usted no tiene que dar la información, pero si usted no lo hace, nosotros no podremos aprobar a su hijo para la comida escolar gratis o precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social del adulto o miembro de la familia que firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de su número social no son requeridos cuando usted aplica en nombre de un niño/a de albergue o usted nombra un Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) por sus siglas en inglés, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por sus siglas en inglés. Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) por sus siglas en inglés. Numero de caso u otro FDPIR identificador para su hijo/a o cuando usted indica que el adulto integrante de la familia que está firmando el formulario no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para la comida escolar gratuita o precio reducido, y para la administración y ejecución del programa de almuerzo y desayuno. Nosotros TAL VEZ compartamos su información de elegibilidad con educación, salud, y programa de nutrición para ayudarles a ellos evaluar, financiar, o determinar los beneficios para el programa de ellos, auditoria para revisiones de programa, y ejecución de ley oficiales para ayudar a ellos ver violaciones de las reglas del programa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados, y solicitantes para empleo en base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde aplica, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, todo o parte del ingreso del individuo derivado de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en empleo o en cualquier programa o actividad realizados o fundado por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplicaran a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja de discriminación del Programa de Derechos Civiles, complete el formulario de USDA por sus siglas en inglés. Formulario de Programa de Discriminación, (AD-3027 encontrado en línea http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Usted también podrá escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíe su formulario completo de la queja a nosotros por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. Por fax (202)690-7442; o al correo electrónico program.intake@usda.gov.

Individuos que sean sordos, dificultad para escuchar o tienen dificultad con el habla pueden contactar USDA por medio de Federal Relay Service al (800) 877-8339.

USDA es un proveedor igualitario y empleador