**2024-25 Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido**

**PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: <http://www.myschoolapps.com>**.

**DEVUÉLVA A:** Servicio de nutrición/Distrito Escolar de Independence

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

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 1** | **Enumere TODOS los miembros de la familia que sean niños/as, bebés y estudiantes incluido hasta el 12˚ grado.**Date Received by LEA (LEA use only): |
| **Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niños/as que asisten a otras escuelas, los niños/as que no asisten a la escuela y los niños/as que no solicitan beneficios. Esto incluye niños/as que no tengan parentesco con usted y que vivan en su hogar.****Sin hogar,****inmigrante,** **joven fugado** |
| **Primer nombre del niño/a** | **MI** | **Apellido(s) del niño/a** | **Nombre de la escuela** | **Grado** |  | **Regimen de acogida** |  |
|  |  |  | Marque todas las opcionesque correspondan.  |[ ] [ ]  Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D. |
|  |  |  |  |[ ] [ ]   |
|  |  |  |  |[ ] [ ]   |
|  |  |  |  |[ ] [ ]   |
|  |  |  |  |[ ] [ ]   |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 2** | **¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en: SNAP, TANF, or FDPIR?** |
|  [ ]  **NO** 🡪Continúe al PASO 3. [ ]  **SI** 🡪 Escriba el número de archivo aquí y continúe al PASO 4. **NÚMERO DE ARCHIVO (NO EN NÚMERO DE EBT):**  Escriba solo un número de archivo 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 a usted mismo)**

Enumere a todos los miembros adultos del hogar no mencionados en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro del hogar que que figure en la lista, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en dólares en números enteros redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba “0”. Si escribe “0” o deja algún campo en blanco, Ud. 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, manutención, pension alimenticia | ¿Con qué frecuencia se reciben? | Pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA)), 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 vecesal mes | Mensualmente |
|  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  | Shape, rectangle  Description automatically generated |  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  |
|  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  | Shape, rectangle  Description automatically generated |  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  |
|  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  | **Shape, rectangle  Description automatically generated** |  |
| Total de miembros del hogar(Niños y adultos): | **Los cuatro últimos numeros del número de Seguro Social (SSN) de la persona** **X X X****X X****que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde):**  | Marcar si no tiene**☐**número de seguro social |
| **B. Ingresos de los niño/as**A veces los niño/as del hogar ganan o reciben ingresos.Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niños/as que se hayan enumerado en el PASO 1. |  | ¿Con qué frecuencia se reciben? |  |
|  **Ingresos de los niño/as** | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Anualmente |  |
|  |  |  |  |  |  | Consulte la lista de las fuentes de ingresos al dorso |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 4** | **Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO A LA ESCUELA DE SU ESTUDIANTE: Nutrition Services, 14001 East 32nd Street South, Independence, MO 64055-2506** |
| Certifico (me comprometo a) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se han declarado 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 estudiantes pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.” |
| **Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que firma el formulario** |  **Firma del adulto** | **Fecha de hoy** |
| **Dirección postal (si está disponible)** |  |  **Ciudad** | **Estado** | **Código** | **Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)** |

|  |
| --- |
| **NO LLENAR ESTA SECCION. PARA USO DE LA ESCUELA ÚNICAMENTE.** |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Error Prone Application: ❑Yes ❑No *(Optional – See FAQs)* Determining Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Approved/Denied: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Confirming Official’s Signature (For Verification purposes only): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS** | **Para obtener información adicional sobre los ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.** |
|  |
| **Fuentes de ingresos** |  | **Ejemplos de ingresos de los niño/as** |
| **Ingresos del trabajo** | **Asistencia pública/ pensión alimenticia/manutención/**  | **Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos** | * Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un salario o sueldo
 |
| * Sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones
* Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)

**Si 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] 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 del gobierno local • Pagos de pensión alimenticia • Pagos de manutención • Beficios para veteranos • Beneficios por huelga | • Seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los que sufren de enfermedades de minero) • Pensiones privadas o beneficios por discapacidad • Ingresos procedentes de fideicomisos o herencias • Anualidades • Ingresos por inversiones • Intereses ganados • Ingresos por arrendamiento • Pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas | * Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.
* El padre o la madre tiene una discapacidad, se ha jubilado o fallecido, 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 sea protegida por la Ley de Privacidad de 1974.** |
| **Se nos exige pedir información sobre la raza y etnia de sus estudiantes. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus hijos a recibir comidas gratuitas 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) ❑ No 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 estudiante. \*No envíe por correo postal, fax ni correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 gratuitas o a precio reducido. Sólo podemos aprobar formularios cumplimentados.** 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 tienen el derecho de 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 firme la solicitud. Si el adulto no tiene ese número, seleccione la casilla al lado de “Marque si no tiene número de Seguro Social.” Para una solicitud para un niño/a de acogida temporal, no se necesita incluir un número de Seguro Social. Para una solicitud para los niño/as de familias 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 se necesita incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as cumplen con los requisitos para recibir comidas gratuitas sin necesidad de presentar ninguna solicitud. Comuníquese con la escuela para recibir comidas gratuitas para un niño en régimen de acogida (*foster child*), un niño/a sin hogar, inmigrante o fugado.  | **La información de contacto que aparece más adelante es sólo 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 del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe llevar el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción por escrito sobre 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.** |
| **Devuelva el formulario cumplimentado a la escuela de su estudiante.** | Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. |