

**Instrucciones para las Familias:**

**Parte 1:** Escriba el nombre del niño, nombre de la escuela, y marque en el cuadro si el niño está en el programa de adopción temporal (Foster Care), su año escolar y su Número del Grupo de Elegibilidad de SNAP o TANF (si lo tiene). **Opcional: (Número Social, Número de Identificación del Estudiante, o Fecha de Nacimiento).** Niños bajo programa de adopción temporal no necesitan una solicitud.

**Parte 2:** Si el niño para el que usted solicita no tiene hogar, es emigrante, o ha huido de su hogar, marque en el cuadro apropiado y llame al coordinador de la escuela encargado de los casos sin hogar o de emigrantes, al número telefónico que se ha proporcionado.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para reportar los ingresos de su hogar del mes anterior.

**Columna 1- Nombre:** Escriba el apellido, el primer nombre y la inicial del segundo nombre de **cada** persona que vive con usted, sea pariente o no (abuelos, otros parientes, o amigos). Debe incluir su propio nombre y los de todos los niños. Adjunte una hoja extra si es necesario.

**Columna 2- Sueldo y con qué frecuencia se recibe:** Por cada persona que recibe salario, escriba la cantidad recibida y especifique cada cuándo se percibe- semanalmente (W) cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T) o 1 vez al mes (M).

*Ingresos de Trabajo:* Anote el **salario bruto** de cada persona. No es el mismo que el pago que se lleva a casa. **El sueldo bruto es el salario percibido antes de pagar los impuestos y deducciones.** La cantidad aparece en su comprobante de pago o su empleador le puede decir.

*Otros Ingresos:* Escriba el pago que cada persona recibe **de cualquier otra fuente.** Incluya lo que se recibe de la Asistencia de Beneficios Sociales, de Sustento de menores, de Pensión de Divorcio, Pensiones, Pensión por Jubilación, de Ingresos de Seguro Social, de Compensación del Trabajador, de Desempleo, de Beneficios de Huelga, de Suplemento del Seguro Social (SSI), de Beneficios de los Veteranos (VA), Beneficios por Discapacidad, ayuda regular proporcionada por personas que no viven en su casa y CUALQUIER OTRO INGRESO. Reporte todo ingreso neto que recibe en negocio propio, granja, o propiedades de renta. Enseguida de la cantidad, anote con qué frecuencia la persona recibe ese pago.

*Con qué Frecuencia se Reciben los Ingresos:* Escriba qué tan seguido recibe sus ingresos- semanalmente (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T), o mensualmente (M).

**Columna 3- Marque si no se reciben ingresos:** Si la persona no recibe ningún ingreso, marque en el cuadro.

**Parte 4:** Un miembro adulto de su familia debe firmar esta solicitud y proporcionar los últimos 4 números de su Número de Seguridad Social (SSN), o si él o ella no tienen ese número, marque en el cuadro. El miembro adulto de la familia que firma la solicitud debe escribir su nombre en letra de imprenta, su número de teléfono, número de donde trabaja, y dirección postal.

**Declaración de la Ley de Privacidad: Definición de cómo utilizaremos la información que usted nos proporcione.**

La Ley Nacional de Comidas Escolares, Richard B. Russell, exige que usted nos de la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar esa información, pero si no la da, nosotros no podemos aprobar que su niño reciba las comidas gratis o de precio reducido. Usted debe incluir los últimos 4 números de su Número de Seguridad Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El Número de Seguridad Social (SSN) no se requiere si usted llena la solicitud para un niño bajo el Programa de Adopción Temporal o Foster Care, o si usted incluye su número de caso de algún programa de beneficios como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservaciones Indias (FDPIR), o algún otro número que haya sido asignado a los niños por los cuales solicita, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que llena la solicitud no tiene Número de Seguridad Social. Usaremos la información para determinar si su niño califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración e implementación de los programas de desayunos y comidas. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con otros programas educativos, de salud, y de nutrición, para ayudar a evaluar, financiar, o determinar beneficios para esos programas; con auditores que verifican los programas; y con oficiales de la ley para ayudarlos en su investigación de violaciones a los reglamentos de estos programas.

**Covered bases = race, color, national origin, sex, age, disability:**

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

| <b>Parte 1. Niños en la Escuela</b>   |   |  |             |   |
|---|---|--|-------------|---|
| Nombres de todos los niños que asisten a la escuela (Apellido, Primer Nombre, Inicial Segundo Nombre) | Nombre de la Escuela.<br>Marque en el cuadro si el niño es de adopción temporal (responsabilidad legal del programa de Welfare o de la Corte-Foster Care) | Número de Seguridad Social, Número de Identificación del Estudiante o Fecha de Nacimiento (opcional) | Año Escolar | Número del Grupo de Elegibilidad (de SNAP o TANF) (si lo tiene) |
| 1.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 2.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 3.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 4.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 5.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 6.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |

Si usted escribió un número de Grupo de Elegibilidad de SNAP o TANF, siga en la PARTE 4, (omita PARTES 2 y 3).

**Parte 2. Sin Hogar, Emigrante, o Abandonó el hogar**

Si el niño para el que usted solicita no tiene hogar, o huyó de su casa, marque el cuadro apropiado y llame a la administración de la escuela al ( ) -  Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar

**Parte 3. Miembros del Hogar e Ingresos brutos del Mes Anterior (Escriba el nombre de cada persona que vive con usted. Anote a cada persona que recibe ingresos, escriba las cantidades percibidas y cada cuándo se reciben).**

| 1. Nombre (de cada persona en el hogar incluir estudiantes de parte 1) | 2. Ingresos y con qué frecuencia se reciben. Qué tan seguido reciben ingresos: Semanalmente (W); Cada dos Semanas (E); Dos veces al Mes (T); Mensualmente (M) |                       |   |                       |   |                       |       |                       | 3. arque aquí si NO hay ingresos |
|--|---|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|-------|-----------------------|----------------------------------|
|  | Ganancias Laborales antes de Deducciones  | Frecuencia se reciben | Beneficios de Asistencia Social (Welfare), Sustento de Menores, Pensión de Divorcio | Frecuencia se reciben | Pensiones, Pensión de Jubilación, Social Security | Frecuencia se reciben | Otros | Frecuencia se reciben |                                  |
| <b>Example: Smith, Jane B.</b>   | \$200   | M                     | \$50  | E                     |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 1.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 2.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 3.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 4.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 5.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 6.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 7.   |   |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |

**Parte 4. Firma y Número de Seguridad Social (SSN)(El adulto debe firmar).**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completó la Parte 3, el adulto que firma el formulario debe anotar los últimos 4 números de su Número de Seguridad Social, o marcar el cuadro donde dice: "no tengo Número de Seguridad Social". (Lea la Declaración de la Ley de Privacidad en la página de las instrucciones).

*Yo prometo que toda la información en esta solicitudes verdadera y que he reportado todos los ingresos recibidos. Entiendo que a la escuela se le darán fondos federales dependiendo de la información que yo doy. Entiendo que la administración de la escuela puede verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social XXX-XX- \_\_\_\_\_ No tengo Número de Seguridad Social

Nombre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal (Zip) \_\_\_\_\_

**Do not fill out this part. For school use only.**

Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Household Income: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_ SNAP/TANF: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Meal Eligibility: Free: \_\_\_\_\_ Reduced: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free: \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_\_\_ days)

Reviewing Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| Parte 1. Niños en la Escuela – continuation sheet   |   |  |             |   |
|---|---|--|-------------|---|
| Nombres de todos los niños que asisten a la escuela (Apellido, Primer Nombre, Inicial Segundo Nombre) | Nombre de la Escuela.<br>Marque en el cuadro si el niño es de adopción temporal (responsabilidad legal del programa de Welfare o de la Corte-Foster Care) | Número de Seguridad Social, Número de Identificación del Estudiante o Fecha de Nacimiento (opcional) | Año Escolar | Número del Grupo de Elegibilidad (de SNAP o TANF) (si lo tiene) |
| 7.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 8.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 9.  | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 10.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 11.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 12.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 13.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 14.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |
| 15.   | <input type="checkbox"/>  |  |             |   |

**Parte 3. Miembros del Hogar e Ingresos brutos del Mes Anterior (Escriba el nombre de cada persona que vive con usted. Anote a cada persona que recibe ingresos, escriba las cantidades percibidas y cada cuándo se reciben).**

| 1. Nombre (de cada persona en el hogar incluir estudiantes de parte 1) | 2. Ingresos y con qué frecuencia se reciben. Qué tan seguido reciben ingresos:<br>Semanalmente (W); Cada dos Semanas (E); Dos veces al Mes (T); Mensualmente (M) |                       |   |                       |   |                       |       |                       | 3. arque aquí si NO hay ingresos |
|--|--|-----------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|-------|-----------------------|----------------------------------|
|  | Ganancias Laborales antes de Deducciones   | Frecuencia se reciben | Beneficios de Asistencia Social (Welfare), Sustento de Menores, Pensión de Divorcio | Frecuencia se reciben | Pensiones, Pensión de Jubilación, Social Security | Frecuencia se reciben | Otros | Frecuencia se reciben |                                  |
| 8.   |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 9.   |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 10.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 11.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 12.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 13.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 14.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 15.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 16.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 17.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |
| 18.  |  |                       |   |                       |   |                       |       |                       | <input type="checkbox"/>         |

**Declaración de la Ley de Privacidad: Definición de cómo utilizaremos la información que usted nos proporcione.**

La Ley Nacional de Comidas Escolares, Richard B. Russell, exige que usted nos de la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar esa información, pero si no la da, nosotros no podemos aprobar que su niño reciba las comidas gratis o de precio reducido. Usted debe incluir el Número de Seguridad Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El Número de Seguridad Social (SSN) no se requiere si usted llena la solicitud para un niño bajo el Programa de Adopción Temporal o Foster Care, o si usted incluye su número de caso de algún programa de beneficios como el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservaciones Indias (FDPIR), o algún otro número que haya sido asignado a los niños por los cuales solicita, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que llena la solicitud no tiene Número de Seguridad Social. Usaremos la información para determinar si su niño califica para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración e implementación de los programas de desayunos y comidas. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con otros programas educativos, de salud, y de nutrición, para ayudar a evaluar, financiar, o determinar beneficios para esos programas; con auditores que verifican los programas; y con oficiales de la ley para ayudarlos en su investigación de violaciones a los reglamentos de estos programas.

**Covered bases = race, color, national origin, sex, age, disability:**

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevo (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.