

Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2015-2016

Haga su solicitud al: ([insert](#) link if have an online application or delete if not applicable)

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."

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	Escuela a la que asiste el niño o NC si no va a la escuela	Niño Foster	Migrante Sin hogar	Head Start
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: FoodShare, W-2 Cash Benefits, or FDPIR? 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: **Nombre del programa:**
Escriba sólo un número de caso en este espacio. Nota: No incluya BadgerCare en el Paso 2

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

A. Ingreso del Niño
 A veces los niños del hogar ganan dinero. Incluya los ingresos **TOTALES** que reciben todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive de todos los miembros del hogar que figuran aquí en el PASO 1.

Ingreso del niño \$
 ¿Con qué frecuencia? semana quincenal 2x mes 1x mes

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, escriba "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	C. Ingresos				D. Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial				E. Pensión/Jubilación/Seguro Social/otros ingresos				F. Situaciones especiales	
	¿Con qué frecuencia?				¿Con qué frecuencia?				¿Con qué frecuencia?					
	semana	quincenal	2x mes	1x mes	semana	quincenal	2x mes	1x mes	semana	quincenal	2x mes	1x mes		
<input style="width: 150px;" type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Trabajadores temporeros, contrato anual que se paga durante un período menor (empleados de escuelas), ingresos variables. Anualice los ingresos y repórtelos aquí.
<input style="width: 150px;" type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input style="width: 150px;" type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input style="width: 150px;" type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input style="width: 150px;" type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

H. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

Indique si no hay SSN

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."

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Calle y número de casa (si está disponible)	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono y correo electrónico (opcional)
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde)		Firma del adulto que llenó el formulario		Fecha de hoy	

OPCIONAL**Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque uno):

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

- Blanco Indio Americano or Nativo de Alaskan Negro o Americano Africano
 Asiático Nativo de Hawái u Isleño del Pacifico Sur

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 respetar 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia

pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en Español).

Las personas con discapacidad que desean presentar una queja programa, por favor consulte la información anterior sobre cómo ponerse en contacto con nosotros por correo directamente o por correo electrónico. Si usted requiere medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, etc.), por favor póngase en contacto con USDA Target Center a (202) 720-2600 (voz y TDD).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

NO COMPLETE ESTA SECCIÓN. ES EXCLUSIVAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA.

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

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Income Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___

Date Withdrawn: _____ Reason for denial or withdrawal: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____