Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2016-2017

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un pluma (no lápiz).

Haga su solicitud al: **www.mymealtime.com**

**Si ha recibido la notificación de este año escolar que su hijo (s) está aprobado para comidas gratis - NO complete este formulario.

PASO1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si require más espacio, agregue otra hoja)

Definición de **Miembro del Hogar**:"Cual quier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aun que nose a familia."

Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de **migrante, sin hogar, o fugitive** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea **"Como solicitor comida escolar gratuita y de precio reducido"**.

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	Estudiante Y/N	Grado	Nombre de escuela Fomentar	(X) En caso afirmativo

PASO 2 ¿Participa cual quier miembro de su hogar, incluyén dose austed,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 continue 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 Solicitor comida Escolar gratuita o de Precio reducido"** Para más información. La sección**"Fuentes De ingreso para niños"**le ayudará

Responder ala pregunta sobre el **Ingreso del Niño (A)**. La sección**"Fuentes deingreso para los adultos"** le ayudará respondera la pregunta sobre **Todos los Miembros Adultos del Hogar (B)**.

A. Ingreso del Niño

Aveces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluira qui el ingreso total gana doporto dos los miembros del hogar lista dosen el PASO 1.No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

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

B.Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndo seausted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no lista dosen el PASO 1(incluyén dose a Ud.) sin Importer si recibeno no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un Ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redonde a dos. Sin o reciben ingresos de ningun fuente, escribe "0".Si usted pone "0" o déjà en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombresyapellidosdelosadultosdelhogar	Ingresos	¿Conquéfrecuencia? semana / quincenal / 2xmes / 1xmes	Asistencia pública/ manutenciódemenores opensiónmatrimonial	¿Con qué frecuencia? semana / quincenal / 2xmes / 1xmes	Pensión/Jubilación/ Otros ingresos	¿Con qué frecuencia? semana / quincenal / 2x mes / 1xmes
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

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

Los últimos cuatro numerous del Seguro Social (SSN) del asa lariado (a)principal u otro adulto del hogar X X X X X

Indique si no hay SSN ☐

PASO4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud escierta y que todo ingreso seha 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 esta tales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible) Apartamento # Ciudad Estado Código Postal Teléfono y correo electronic (opcional)

Nombre del adulto que complete el formulario (Favor escribiren 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 etnicidad y raza de sus niños. Esta informaciónes importantes pues nos ayuda asegurar unservicio pleno al comunidad. Responder a esta secciónes 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):

☐Indio Americano o Nativo de Alaska ☐Blanco

☐Negro o Americano Africano ☐Asiático

☐Nativo de Hawáiu Otro Isleñod el Pacifico Sur

Las solicitudes incompletas se NEGADOS **Usted recibirá una carta cuando se está aprobada o rechazada; Hasta ese momento, usted es responsable de todos los cargos.**

1. Lista de TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 (si se requieren más espacios para los nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).
2. En su caso, la lista actual de un sello de alimentos, FDPIR, o número de caso de TAFI para cualquier miembro de la familia (no se permite que un número de tarjeta de EBT o de Quest).

3 A) Informe de todos los ingresos obtenidos por todos los niños. El ingreso del niño es el dinero recibido de parte de su hogar que se paga directamente a sus hijos; Esto incluye pero no se limita a los ingresos del trabajo y la seguridad social (pagos por incapacidad o de su pervivencia).

3 B) Por favor, incluya todos los miembros de su familia que viven con usted y los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios. No incluya los niños y los estudiantes ya inscritos en el Paso 1.

Ingresos: Reporte todas las cantidades en los ingresos brutos (antes de impuestos y primas) solamente. Reportar todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos. Marca de la frecuencia con cada tipo de ingreso se recibe mediante las casillas de verificación a la derecha de cada campo.

Si usted trabaja por cuenta propia, informe de ingresos a partir de ese trabajo como una cantidad neta. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa a partir de sus ingresos brutos o ingresos.

Reportar el tamaño total del hogar. Introduce el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños y adultos)". Este número debe ser igual al número de miembros del hogar que figuran en el paso 1 y el paso 3. Es muy importante hacer una lista de todos los miembros del hogar, según el tamaño de su hogar determina el valor límite de ingresos para comidas gratis o aprecio reducido.

Proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguridad social. principal proveedor de ingresos de la unidad familiar o de otro miembro adulto de la familia deben introducir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en el espacio proporcionado. Si no hay miembros adultos del hogar tienen un número de seguridad social, deje este espacio en blanco y marcar la casilla de la derecha con el texto "Comprobar si hay SS #.

4. Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto de la familia. Al firmar la solicitud de que los miembros del hogar es prometedor que toda la información se ha informado veraz y completa.

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 realizados o financiados 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf.yencualquieroficina del USDA, o bienescribauna carta dirigida al USDA e incluyaen 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.

Los Programas de Nutrición Para Niños (USDA) reconocen los siguientes clases protegidas: raza, color, origen nacional, sexo, edad y discapacidad.

Official Use Only – Do Not Write in Boxes Below

Household Determination: ☐ Foster Student(s): ☐ Food Stamp/TAFI/FDPIR ☐ Income: Total Income $ _____ Frequency _____ # in Household		Convert to Annual if Multiple Frequencies: Weekly x52, Every 2 Weeks x26, Twice Monthly x24, Monthly x12
Approved: ☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals Withdrawal Date:	Denied: ☐ Income over Allowed ☐ Incomplete/Missing ☐ Other	Date Notice Sent:
Signature of Determining Official:		Date Determined:

Signature of Confirming Official:	
Date 1st Notification Sent:	Date 2nd Notification Sent:
Results: ☐ No Change ☐ Free to Reduced ☐ Reduced to Free ☐ Ineligible – Reason: _____	
Signature of Verifying Official:	Date: