

**Christina School District**  
**2022 - 2023 Solicitud de Comidas Gratis o a Precio Reducido**

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).

**PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar**

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Escuela	Grado (Opcional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fuflitivo	Head Start
						<input type="checkbox"/>				
						<input type="checkbox"/>				
						<input type="checkbox"/>				
						<input type="checkbox"/>				
						<input type="checkbox"/>				

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

**PASO 2 — Programas de Asistencia**

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Sí / No

Si respondió **NO** > Complete el PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De Caso:

**PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar** (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Por favor, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratis Precio Reducido** para más información. Las "fuentes de ingresos para los niños" sección le ayudarán con la cuestión de Ingresos del niño. Las "fuentes de ingresos para adultos" sección le ayudarán con la sección de los miembros del hogar Todo adulto.

Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual

Ingresos Niño	Frecuencia?			
	W	E	T	M
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. A veces los niños en el hogar ganar o recibir ingresos. Por favor, incluya el ingreso total recibido por todos los miembros del hogar que figuran en el Paso 1 aquí.

B. Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1 (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Adultos (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?			
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar \*\*\* - \*\* -

Marque si no tiene SSN

**PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto**

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que lleno este formulario

Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

**OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños**

Etnicidad (marque uno):

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico  
 Blanco



**NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE.**

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 income.  
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 Size: _____	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Every 2 Weeks	<input type="checkbox"/> Twice a Month	<input type="checkbox"/> Monthly	<input type="checkbox"/> Annually	Date _____
Total Income: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reviewing/Determining Official's Signature/Date _____	Confirming Official's _____	Follow-Up Official's Signature/Date _____	Categorical Determination <input type="checkbox"/>	Eligibility: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduce <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>		

**Compartiendo Información**

- ¡NO! **NO** deseo que la información de mi Solicitud de Precio Libre o Reducido sea compartida con Medicaid o el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Para más información sobre DECHIP, llame al 1-800-996-9969. SI USTED NO COMPRUEBA ESTA COSA SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.
  
- ¡SI! **QUIERO** que mi información se comparta con el propósito de realizar pruebas SAT con descuento.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguro social no son obligatorios cuando presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza o enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en 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](mailto:program.intake@usda.gov).