

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Escuela	Grado (Opcional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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:** SI / 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 "SI" 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
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.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. <u>Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1</u> (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.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<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 <input type="text"/>	Firma del adulto que llene este formulario <input type="text"/>	Fecha de Hoy M M D D Y Y <input type="text"/>
Dirección (si está disponible) <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Estado D E <input type="text"/>
Teléfono De Casa <input type="text"/>	Teléfono Del Trabajo <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>

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 Negro o Afroamericano
 Asiático 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: _____	Weekly <input type="checkbox"/>	Every 2 Weeks <input type="checkbox"/>	Twice a Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annually <input type="checkbox"/>	Date Received:
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 Signature/Date	Follow-Up Official's Signature/Date	Categorical Determination	Eligibility:	
				<input type="checkbox"/>	Free <input type="checkbox"/>	Reduced <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 COMPRUEBE ESTA CAJA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y / O DECHIP.**

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 Reservaciones 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 acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para información del programa, por ejemplo Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. **Para presentar un reclamo del programa de discriminación**, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_finch_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por correo postal: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina del Secretario Auxiliar para Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.