

SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO
PROGRAMA NACIONAL DE ALMUERZOS EN LA ESCUELA/ PROGRAMA DE DESAYUNOS EN LA ESCUELA

Para solicitar comidas gratis y a precio reducido para sus hijos, rellene esta solicitud, firme su nombre y regrese la solicitud a la escuela. Si en su hogar se reciben beneficios del programa Basic Food, TANF, o FDPIR, rellene solo las Partes 1, 4 y 5. Si en su hogar no se reciben beneficios del programa Basic Food, TANF, o FDPIR, rellene las Partes 2a, 2b, 4 y 5. Si usted está solicitando comidas gratis y a precio reducido para un hijo de acogida, rellene las partes 3, 4 y 5. Si necesita ayuda, favor de llamar a la escuela donde asiste su hijo y pida ayuda con la solicitud para comidas gratis y a precio reducido. Los niños de acogida requieren su propia solicitud.

PARTE 1 INCLUYA SOLO NIÑOS EN CASAS QUE RECIBEN BASIC FOOD, TANF O FDPIR

NOMBRE de pila del niño	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Basic Food o TANF (X)	FDPIR (X)	Número de caso	Escuela	Aula	Grado

PARTE 2a INCLUYA LOS NIÑOS AQUÍ SI NO RECIBEN BASIC FOOD, TANF O FDPIR

NOMBRE de pila del niño	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Escuela	Aula	Grado	Fecha de nacimiento

PARTE 2b INCLUYA LOS MIEMBROS DE LA CASA Y SUS INGRESOS

No rellene esta sección si usted relleno la Parte 1. Incluya los nombres de TODOs los que viven en su casa, incluyendo a usted mismo y todos los niños que se incluyen en la Parte 2a. Escriba la cantidad de ingresos (ingresos ANTES DE LAS DEDUCCIONES) que cada persona recibe ahora y cada cuando lo recibe en la misma línea en que está su nombre y de qué fuente lo recibe, tales como ingresos, bienestar público, pensiones o de otra fuente. Los ingresos **tienen** que informarse como semanales, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. No incluya los niños de acogida.

NOMBRES de los miembros de la casa (Nombre de pila, primer y segundo apellido)	Marque si NO tiene ingresos	Ingreso del trabajo (Ponga la cantidad, cada cuando lo recibe, ingresos antes de las deducciones)		Pagos de asistencia social, manutención de menores, alimentos (la cantidad y frecuencia)	Pagos de pensiones, jubilación y de seguro social (la cantidad y frecuencia)	Otros ingresos (la cantidad y frecuencia)
		1º trabajo	2º trabajo			
(Ejemplo) Jane I. Smith	<input type="checkbox"/>	Incluya cuánto y la frecuencia, p. ej.: \$100/semanalmente, \$100 cada 2 semanas, \$100 2 veces por mes, \$100 por mes.				
1.	<input type="checkbox"/>					
2.	<input type="checkbox"/>					
3.	<input type="checkbox"/>					
4.	<input type="checkbox"/>					
5.	<input type="checkbox"/>					
6.	<input type="checkbox"/>					

PARTE 3: INCLUYA HIJO DE ACOGIDA: Escriba "0" si el niño no recibe ingresos personales

Nombre del niño	Ingresos para el uso personal del niño: (la cantidad y frecuencia)	Escuela	Aula	Grado

PARTE 4: FIRMA, NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y DIRECCIÓN

Un miembro adulto de la casa tiene que firmar la solicitud antes que pueda ser aprobada. Si usted no tiene número de seguro social, marque la casilla "no tengo número de seguro social". Si usted anotó que reciben Basic Food, TANF o número FDPIR para su hijo, o si solicita para un hijo de acogida, no se necesita tener número de seguro social.

Certifico que toda la información de arriba es verdad y correcta y que se han informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se provee para recibir fondos federales; que los oficiales de la escuela pueden verificar la información en la solicitud; y que por distorsionar deliberadamente la información puede sujetarme a procesamiento jurídico bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Favor de firmar aquí: X _____		
Firma de un miembro adulto de la casa		Fecha
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DE UN MIEMBRO ADULTO DE LA CASA	DIRECCIÓN POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO
<input type="checkbox"/> NO TENGO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		

FAVOR VÉASE EL DORSO

Si desea obtener información sobre seguros médicos gratis o a costo reducido para sus hijos, llame al 1-877-543-7669

PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICA Y RACIALES DE LOS NIÑOS (Opcional)

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
- No hispano ni latino

Declaración de la ley de privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos da. La ley Richard B. Russell National School Lunch Act requiere la información que se pide en esta solicitud. Usted no tiene que proveer dicha información, pero si no la provee, no podemos aprobar que su hijo reciba las comidas gratis o a precio reducido. Tiene que incluir el número de seguro social del miembro adulto de la casa que firma la solicitud. No se requiere proveer un número de seguro social cuando solicita a favor de un hijo de acogida o si usted incluye un número de caso para recibir ayuda mediante el *Programa de ayuda de nutrición suplemental* (Basic Food), *Programa de ayuda temporera para familias necesitadas* (TANF) o el *Programa de distribución de comida en las reservas de indios* (FDPIR) u otro número de identificación del (FDPIR) para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto de la casa que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo puede ser autorizado para recibir las comidas gratis o a precio reducido y para administrar y cumplir con los programas del almuerzo y desayuno. Existe la **POSIBILIDAD** de que compartiremos la información sobre su elegibilidad con los que administran los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, dirigir fondos o determinar los beneficios para sus programas, los auditores para que revisen sus programas y las autoridades policíacas para ayudarles a investigar contravenciones a las reglas de los programas.

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12

LEA APPROVAL/DENIAL

- Basic Food/TANF/FDPIR Household Total Household Size _____
- Income Household Total Household Income \$ _____
- Foster Child Income Approved by: weekly every two weeks twice a month monthly annual
(circle one)

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price Meals

TEMPORARY APPROVAL FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price

Date Temporary Approval Expires: _____

APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount
- Incomplete/Missing Information
- Other: _____

_____ Date Notice Sent _____ Signature of Approving Official _____ Date _____

VERIFICATION: Verification procedures must not delay approval of application

Date Selected for Verification		Notes:	Comments:
Date Confirmation Review Completed			
First Notice Sent			
Response Due From Household			
Second Notice Sent			
Response Due From Household (also date of termination, if no response)			

INCOME		COMMENTS		RESULTS		REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE	
\$					No Change		Income
	Wage Stubs				Free to Reduced		Household Size
	Written Documents				Ineligible		Did Not Respond
	Collateral Contact				Reduced-Price to Free		Other:
	Agency Records				Free to Paid		
	Other				Reduced-Price to Paid		

Date of Change _____ Date Adverse Notice Sent _____
 Signature of Verifying Official _____ Date _____