

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado.

2016-17 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Complete, firme y envíe esta solicitud a:

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza temporal, indíquelo con una "X" en el casillero correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "X" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Si escribió un número de caso para alguno de sus hijos, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si escribió un número de caso solo para el niño de crianza y desea presentar la solicitud para todos los estudiantes del grupo familiar, usted debe proseguir con la **Sección 2**.

Si alguno de los niños por los que presenta la solicitud es un niño sin hogar (McKinney-Vento) o migrante, marque el casillero que corresponda. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por	Mensual	¿El estudiante recibe los beneficios de los programas Basic Food, TANF o FDPIR? Si la respuesta es si, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente.			
												Basic Food	TANF	FDPIR	
							\$					Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar – Ingrese el ingreso y **MARQUE** la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar. Si escribe un número de caso para otro miembro del grupo familiar, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si el número de caso solo es para el niño o niños de crianza temporal, debe proseguir con la **Sección 3**.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados mas arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Manutención de menores, Pensión alimentaria				Pensiones, Jubilaciones, Seguridad Social (SSI)				Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	¿Algún miembro del grupo familiar es beneficiario de los programas Basic Food, TANF o FDPIR? Si la respuesta es Si, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente.							
			Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual	Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual		Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual	Basic Food	TANF	FDPIR	
		\$				\$				\$			\$				<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"/>

3. **Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):** _____
4. Firma y Numero de Seguro Social – Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en base a la información que yo proporcione. Yo entiendo que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser enjuiciado. Yo entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo podría ser compartido, como la ley lo permita.

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: _____
 O, si no tiene un numero de seguridad social, marque el casillero:

 Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

 Firma del miembro adulto del grupo familiar

 Fecha

 Dirección postal

 Ciudad y código postal

 Celular/Teléfono laboral

 Dirección física

 Teléfono particular

 Dirección de correo electrónico

5. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o isleño del pacífico
- Otra

Marque una identidad:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

6. Otros beneficios – Marque el casillero delante de los programas con los que desea compartir la categoría de comida gratuita o a precio reducido de su hijo para obtener una reducción del precio:

Mi firma a continuación, autoriza que la información presente en esta solicitud sea compartida con el programa o los programas que he indicado previamente.

Firma de padre, madre o tutor

Fecha

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que su hijo/a reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. No se requiere los últimos cuatro dígitos del número de seguro social si usted está solicitando para un hijo de crianza temporal o usted anota el número de caso del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Basic Food), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otro identificador único de FDPIR para su hijo/a o cuando usted indique el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros utilizaremos su información para evaluar si su hijo/a califica para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con los auditores que revisan los programas y con el personal de justicia para ayudarles investigar violaciones a las reglas de estos programas.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las reglas y pólizas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de E.E.U.U. (USDA, por sus siglas en inglés), está prohibido que el USDA, sus Agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o gestionan programas del USDA discriminen por razones de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o venganza por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicaciones alternativas (por ejemplo, Braille, caracteres grandes, audio, Lengua de signos americana, etc.) para recibir información del programa, deberían contactar la Agencia (estatal o local) donde ellos presentaron una solicitud para beneficios. Los individuos sordos, con problemas de audición o con discapacidades del habla podrían contactar el USDA a través del Servicio Federal de Reproducción al (800) 877-8339. Asimismo, información del programa podría estar disponible en otros idiomas además de inglés.

Para presentar un reclamo de discriminación del programa, complete el Formulario de Reclamo de Discriminación de un Programa del USDA, (AD-3027), entrando en línea al: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribiendo una carta dirigida al USDA e incluyendo en la carta toda la información que solicita el formulario. Para pedir una copia del formulario de reclamos, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completado o su carta al USDA:

Por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; or
correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidad.

**SCHOOL USE ONLY
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL

- Basic Food/TANF/FDPIR/Foster
- Income Household

Total Household Size _____
Total Household Income \$ _____

Weekly	Every Two Weeks	Twice Per Month	Monthly	Annual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE:

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

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date