

Solicitud Familiar Para Comidas Escolares Gratis O A Precio Reducido

PARTE 1. SI EL NIÑO PARA EL QUE USTED SOLICITA ES UN NIÑO SIN HOGAR, EN HEAD START, DE UNA FAMILIA MIGRATORIA O ABANDONO SU HOGAR, MARQUE EL BLOQUE APROPIADO O Y LLAME A **Melanie Larson 520-720-4781 ext 146 Head Start ☐ SIN HOGAR ☐ FAMILIA MIGRATORIA ☐ ABANDONÓ ☐ Si se llena este parte, solo complete Bloque A y Bloque B en Parte 2.**

PARTE 2. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Bloque A. Nombres de los miembros del hogar (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Bloque B. Nombre de la escuela para cada niño, y el grado o escribir "NA" Si el miembro de la familia no asiste a la escuela	Bloque C. Si algún miembro de su familia recibe SNAP, FDIPIR o TANF Asistencia en Efectivo, proporcionar el número de caso y pase a la Parte 3.	Bloque D. Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) marque este bloque y Pase a la Parte 3.	Bloque E. Marque si <u>no</u> tiene ingresos	Bloque F.											
					LOS INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR											
					Informe cuánto y la frecuencia de los ingresos brutos según de la guía de abajo : Semanales (S) <u>o</u> Cada 2 Semanas (2-S) <u>o</u> Mes (M) <u>o</u> Dos Veces al Mes (2-M) <u>o</u> Anualmente (A)											
					Las Ganancias de Trabajo Antes de Deducciones					Otros Ingresos (manutención de menores, pensión alimenticia, Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA pensiones)						
					Cantidad	Frecuencia S 2-S M 2-M A					Cantidad	Frecuencia S 2-S M 2-M A				
1.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
5.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
6.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
7.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
8.			☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐

Bloque G. **Un miembro adulto de la familia tiene que firmar esta solicitud. Si completa la parte 2, Bloque E o Bloque F, el adulto que firma la solicitud deberá anotar sus últimos cuatro dígitos de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social.** (Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

Últimos cuatro dígitos de número de Seguro Social: * * * - * * - _ _ _ _ _ ☐ No tengo un número de Seguro Social

PARTE 3. FIRMA (UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA TIENE QUE FIRMAR ESTA SOLICITUD.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser responsable legalmente.

Firme Aquí: _____ Fecha: _____
 Nombre en letra imprenta: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico _____

PARTE 4. MARQUE UNA IDENTIDAD ÉTNICA DE LOS NIÑOS (opcional)

Elegir una etnicidad:

- ☐ Hispano/Latino
☐ No Hispano/Latino

Elegir una o más (independientemente de etnicidad):

- ☐ Asiático
☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
☐ De raza negra o Afro-Americano
☐ Blanco
☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico

NO COMPLETE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO EN ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12
 Total Income: _____ Per: ☐ Week, ☐ Every 2 Weeks, ☐ Twice a Month, ☐ Month, ☐ Year Household Size: _____
☐ Error-Prone ☐ Case # Application ☐ Categorically Eligible
☐ Directly Certified – Attach to match result ☐ Selected for Verification (see attachments)

Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

Date Notice Sent: _____

Date Withdrawn: _____

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

ELEGIBILIDAD TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para Año de Escuela 2014-2015			
Tamaño de Hogar	Anualmente	Mensual	Semanales
1	\$21,590	1,800	416
2	29,101	2,426	560
3	36,612	3,051	705
4	44,123	3,677	849
5	51,634	4,303	993
6	59,145	4,929	1,138
7	66,656	5,555	1,282
8	74,167	6,181	1,427
Cada Persona Adicional:	+7,511	+626	+145

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

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 sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos de Seguro Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Beneficios en Efectivo (TANF), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidad.