

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			Marque en la casilla de abajo si el niño es adoptado, sin hogar, emigrante, en fuga o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es adoptado, sin hogar, en fuga, emigrante o Head Start, pase a parte 4 y firme este formulario					Marque la casilla si no tiene ingresos
Nombres de todos los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo nombre, Apellido).	Número de Estudiante	Nombre de la Escuela	Crianza	Sin Hogar	Emigrante	En fuga	Head Start	

PARTE 2. BENEFICIOS
 SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE Florida SNAP, FDPiR OR Florida TANF Assistance, PROPORCIONAR EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.
 NOMBRE: _____ NOMBRE DEL PROGRAMA _____ NUMERO DE CASO: (NO NUMERO DE TARJETA) _____

PARTE 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES). Indique los nombre de las personas que reciben ingresos, cuanto reciben y con qué frecuencia lo recibe (en la misma línea) REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

1. NOMBRE (ESCRIBA LOS NOMBRES SOLO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN																				
	Ganancia de trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de Jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como beneficios por desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	
(Ejemplo) Juan Pérez	\$200	X				\$150		X			\$0					\$0					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					

PARTE 4. FIRMA Y LOS CUATRO ULTIMOS DIGITOS DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL (FIRMA DE UN ADULTO)

Un miembro Adulto del Hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la aplicación debe escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social, o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social". (Ver Declaración en la parte posterior de la página)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy, Entiendo que los Oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comida y yo podría ser procesada legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo/a puede ser compartida según lo permitido por la ley.

Firma: _____ Nombre Completo: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Numero de teléfono: _____
 Email: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguro Social: ***-**-____ No tengo Numero de Seguro Social

La información contenida en esta aplicación puede ser compartida con Florida KidCare y otros programas Federales/Local para que sun hijo(a) pueda calificar, sin embargo se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente. No Yes

PARTE 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una Etnia:
 Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Elija una o más (independientemente del grupo Étnico):
 Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano
 Blanco Hawaiano o de otra Isla del Pacifico

*******NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA 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: _____

Categorical Eligibility: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Date Withdrawn: _____

Reason for denial or withdrawal: _____ **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sponsor/Household Contact Log:

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Programa (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas Familias Necesitadas (FDIPIR) u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando 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 precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, la represalia, y donde, creencias políticas aplicables, estado civil, familiar o situación de los padres, la orientación sexual o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la protección de información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.

Si usted desea presentar una reclamación sobre el programa de derechos civiles de la discriminación, complete el Formulario de Queja USDA Programa de Discriminación, que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, EE.UU. por fax al (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service 800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

USDA es un proveedor de igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES UN NIÑO O ADULTO QUE VIVA CON USTED

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE FLORIDA SNAP, FLORIDA TANF, O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR)], SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce).

Part 2: Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios de: Florida SNAP, Florida TANF, o FDPIR

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE Florida SNAP, Florida TANF, O FDPIR Y SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ESTAN SIN HOGAR, ES EMIGRANTE, ABANDONADO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de los niños (si lo conoce). Si algún niño para el que esta aplicando es sin hogar, emigrante, Head Start o fugitivo marque el casillero correspondiente y llame a [your school, homeless liaison, runaway, head start or migrant coordinator].

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 3

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.

SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya los nombres de todos los hijos de crianza y el número de estudiante de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.

Si alguno de los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya todos los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos deben marcar la casilla "**Sin Ingresos**" Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, emigrante o Head Start, marque la casilla correspondiente y si usted tiene preguntas llame a la escuela.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero).

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.

TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS, INCLUYENDO LAS QUE RECIBEN WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de todos los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos, debe marcar la casilla "Sin Ingresos" Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, Head Start, un hijo de crianza o fugitivo marque la casilla correspondiente y llame a la escuela o a un Oficial correspondiente.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado

- **Sección 1–Nombre:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
 - **Ingresos Brutos y con qué frecuencia lo reciben:** Para cada miembro del hogar que se incluye en la parte 1, indicar que tipo de ingreso recibe durante el mes. y con cuanta frecuencia recibe el dinero: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos:** Asegúrese de anotar el **Ingreso Bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrar esta información en el comprobante de pago, o su jefe le puede decir.
 - **Ingresos recibidos por asistencia social, manutención de los hijos o pensión alimenticia:** Escriba la cantidad que cada persona recibe
 - **Ingresos recibidos por concepto de Jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) o beneficios por discapacidad :** Escriba la cantidad que cada persona recibe.
 - **Otros Ingresos:** por Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la Educación Federal o pagos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Solo los trabajadores autónomos bajo ganancias de trabajo declara los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio de granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estas subvenciones como ingresos.
 -
- Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the limits on this chart:

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART For School Year 2015-2016			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	21,775	1,815	419
2	29,471	2,456	567
3	37,167	3,098	715
4	44,863	3,739	863
5	52,559	4,380	1011
6	60,255	5,022	1,159
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Each additional person:	+7,696	+642	+148

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero)
 La información contenida en esta aplicación puede ser compartida con Florida KidCare y otros programas Federal/Local para que su hijo(a) pueda calificar, sin embargo se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.