

Querido padre/tutor:

Los niños necesitan comidas sanas para aprender. **Center Moriches UFSD** ofrece comidas sanas todos los días escolares. Desayuno cuesta **[Elementary \$1.50 and Secondary \$2.00]**; almuerzo cuesta **[Elementary \$2.85 and Secondary \$3.15]**. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos. El precio reducido es **\$0.25** para desayuno y **\$0.25** para almuerzo.

1. ¿Necesito rellenar una solicitud por cada niño? No. Complete la solicitud para solicitar por comida gratis o a precio reducido. Use una *Solicitud de Comidas Escolares Gratis o a Precios Reducidos por todos los estudiantes en su hogar*. No aprobemos una solicitud incompleto, así asegúrese llenar toda la información requerida. Entregue la solicitud completa a: **Mrs. Leslie Murray, 529 Main Street, Center Moriches, NY 11934**
2. ¿Quién puede recibir comidas gratis? Todos los niños en hogares que reciben beneficios de **[SNAP de Estado]**, **[el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas]** o **[TANF de Estado]**, pueden recibir comidas gratis a pesar de sus ingresos. También, sus hijos pueden recibir comidas gratis si los ingresos totales de su hogar están dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos.
3. ¿Hijos de crianza pueden recibir comidas gratis? Sí, hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal, son elegibles para recibir comidas gratis. Cualquier hijo de crianza en el hogar es elegible para recibir comidas gratis sin importar sus ingresos.
4. ¿Pueden niños sin hogar, migrantes, o fugitivos reciben comidas gratis? Si, los niños que cumplen la definición de sin hogar, migrante, o fugitivo califican para recibir comidas gratis. Si nadie se le ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a **Mrs. Courtney Fabian**, homeless liaison para ver si califican.
5. ¿Quién puede recibir comidas a precios reducidos? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos, mostrada en esta solicitud.
6. ¿Debo rellenar una solicitud si he recibido una carta escolar este año que dice que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis? Por favor, lea la carta que recibió con cuidado y siga las instrucciones. Llame la escuela a **[número de teléfono]** si tenga preguntas.
7. La solicitud de mi hijo(a) fue aprobado el año pasado. ¿Necesito completar otra? Sí. La solicitud de su hijo(a) solo es aceptable para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted necesita enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le dijo que su hijo(a) es elegible por el año escolar nuevo.
8. Yo recibo WIC. ¿Mis hijos pueden recibir comidas gratis? Niños en hogares participando en WIC pueden ser elegible para recibir comidas gratis o a precios reducidos. Por favor, llene una solicitud.
9. ¿La información que doy se controla? Sí, y también podemos pedirle que envíe prueba escrita.
10. Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más tarde? Sí, puede solicitar a cualquier tiempo durante el año escolar. Por ejemplo, niños con un padre o tutor que se haga sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precios reducidos si los ingresos del hogar caigan bajo el límite de ingresos
11. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con funcionarios de la escuela. Además, puede pedirla por una vista por llamando o escribiendo a: **Mrs. Raina Ingoglia, 529 Main Street, Center Moriches, NY 11934; 631-878-0052** or ringoglia@cmschools.org
12. ¿Puedo solicitar si alguien en mi hogar no es un ciudadano de los Estados Unidos? Si. Usted o sus hijos no necesitan ser ciudadanos de los EE.UU. para calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
13. ¿Quién debo incluir como miembros de mi hogar? Tiene que incluir todas las personas que viven en su hogar, familia o no (como abuelos, otros parientes, o amigos) que comparten ingresos y gastos. Es necesario que incluye si mismo y todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son independientes económicamente (por ejemplo, personas que no se apoya, que no comparten ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada), no las incluya.
14. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Apunte la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 cada mes, pero faltó trabajo el mes pasado y ganó \$900, indique que gana \$1000 cada mes. Si normalmente recibe horas extras, las incluye, pero no incluye si sólo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido un trabajo o tuvo una reducción en sus horas o ganancias, utilice sus ingresos actuales.
15. Estamos en el ejército. ¿Debemos incluir nuestro subsidio de vivienda como ingreso? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como un ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares usted no debe incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
16. Mi esposo/a es desplegado en una zona de combate. ¿Es su ingreso considera como ingresos? No, si la paga por combate que se recibe en adición a su salario básico a causa de su despliegue y que no fue recibida antes de ser desplegado, la paga por combate no se considera como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.
17. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que podamos solicitar? Para saber cómo solicitar **[SNAP de Estado]** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al **1-800-342-3009**.

**LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA ALIMENTOS
GRATUITOS Y A PRECIO REDUCIDO O LECHE GRATUITA 2020-2021**

GRÁFICA DE INGRESOS PARA ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS A PRECIO REDUCIDO

Número total de miembros de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 23,606	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	\$ 31,894	\$ 2,658	\$ 1,329	\$ 1,227	\$ 614
3	\$ 40,182	\$ 3,349	\$ 1,675	\$ 1,546	\$ 773
4	\$ 48,470	\$ 4,040	\$ 2,020	\$ 1,865	\$ 933
5	\$ 56,758	\$ 4,730	\$ 2,365	\$ 2,183	\$ 1,092
6	\$ 65,046	\$ 5,421	\$ 2,711	\$ 2,502	\$ 1,251
7	\$ 73,334	\$ 6,112	\$ 3,056	\$ 2,821	\$ 1,411
8	\$ 81,622	\$ 6,802	\$ 3,401	\$ 3,140	\$ 1,570
Por cada persona adicional, añadir	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

Cómo aplicar: Para obtener alimentos gratuitos o a precio reducido para sus niños, llene cuidadosamente una solicitud siguiendo las instrucciones para su hogar y devuélvala a la oficina designada que se indica en la solicitud. Si ahora recibe SNAP, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para cualquiera de sus niños o participa en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), la solicitud debe incluir los nombres de los niños, el número de caso de SNAP, TANF o FDPIR de la familia y la firma de un miembro de la familia que sea mayor de edad. Todos los niños deberían estar anotados en la misma solicitud. Si no anota un número de caso de SNAP/TANF/FDPIR de algún miembro de su familia, la solicitud debe incluir los nombres de todos los miembros de la familia, el monto de los ingresos de cada miembro de la familia, la frecuencia con la que reciben dichos ingresos y el origen. Debe incluir la firma de un miembro de la familia que sea mayor de edad y los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social de ese familiar o marcar la casilla si el familiar no cuenta con un número de seguridad social. **Una solicitud para obtener beneficios gratuitos o a precio reducido no puede ser aprobada a menos que contenga la información de elegibilidad completa, tal y como se indica en la solicitud y en las instrucciones.** Póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales para obtener su número de caso de SNAP o TANF o llene la sección de ingresos de la solicitud. No es necesaria una solicitud si la familia fue notificada por SFA que sus niños han sido directamente certificados. Si la familia no tiene la certeza si sus niños han sido directamente certificados, debería ponerse en contacto con la escuela.

Informe de cambios: Los beneficios para los que han sido aprobados al momento de la solicitud tienen vigencia durante todo el año escolar y hasta 30 días operativos del nuevo año escolar (o hasta que se haya tomado una nueva determinación de elegibilidad, lo que ocurra primero). Ya no necesita informar cambios, como un aumento en sus ingresos o reducción en el tamaño de la familia, o si ya no recibe apoyo del SNAP.

Exclusiones de ingresos: El valor de la atención proporcionada o planificada a un menor, o cualquier monto recibido como pago para dichos cuidados del niño o reembolso por gastos incurridos para dichos cuidados bajo el Fondo para el Desarrollo y Cuidado Infantil (subsidios en bloque) no deberían ser considerados como ingresos para este programa.

Estudiantes elegibles para beneficios a precio reducido: **A partir del 1 de julio de 2019, los estudiantes del estado de Nueva York que sean aprobados para recibir alimentos a precio reducido recibirán desayunos y almuerzos sin costo.**

En la operación de programas de alimentación de niños, ningún niño será discriminado debido a su raza, sexo, color, nacionalidad, edad o discapacidad.

Servicios de alimentos para niños con discapacidades: Las regulaciones federales exigen que las escuelas y las instituciones sirvan alimentos sin costo adicional a niños con una discapacidad que pueda restringir su dieta. Un estudiante con una discapacidad se define en 7CRF Parte 15b.3 de las regulaciones federales como un estudiante con una discapacidad física o mental que limite sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona, un registro de dicha discapacidad o que se haya determinado que tiene dicha discapacidad. Las principales actividades de vida incluye, entre otras: funciones como cuidado personal, realizar tareas manuales, ver, escuchar, comer, dormir, caminar, mantenerse de pie, incorporarse, inclinarse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. Debe solicitar modificaciones alimentarias a la escuela y proporcionarle una declaración médica de un profesional de la salud licenciado por el estado. Si cree que su niño requiere sustituciones debido a una discapacidad, póngase en contacto con nosotros para obtener más información, ya que existe información específica que debe contener el certificado médico.

Confidencialidad: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha aprobado la divulgación de los nombres de los estudiantes y su estado de elegibilidad, sin consentimiento de los padres de familia o tutores, a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas federales de educación como Título I o la Evaluación Nacional de Progreso Educativo (NAEP), que son programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos empleados para determinar áreas como la asignación de fondos a las escuelas, para evaluar estados socioeconómicos del área de asistencia de la escuela y para evaluar el progreso educativo. También se puede divulgar información a programas estatales o locales de salud o educación administrados por la agencia estatal o la agencia local de educación, siempre que la agencia de educación estatal o local administre el programa, y programas de nutrición federales, estatales o locales similares al Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Además, toda la información contenida en la solicitud de servicios gratuitos y a precio reducido puede ser liberada a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA) o la Ley de Nutrición Infantil (CNA); incluyendo los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y de Desayunos Escolares, el Programa de Leche Especial, el Programa de Cuidados Alimenticios para Niños y Adultos, el Programa de Servicios Alimenticios de Verano y el Programa de Nutrición Complementaria Especial para Mujeres Bebés y Niñas (WIC); el Auditor General de los Estados Unidos para fines de audiencia, y los funcionarios federales, estatales o locales del orden público que investigan supuestas violaciones de los programas bajo la NSLA o la CNA.

Reaplicación: Usted puede aplicar para obtener beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Además, si no resulta elegible ahora, pero durante el año escolar pierde su empleo, tiene una disminución en los ingresos familiares o un aumento en el tamaño de la familia, puede solicitar y completar la solicitud en ese momento.

La divulgación de información de elegibilidad no específicamente autorizada por la NSLA requerirá una carta de consentimiento por escrito del padre de familia o tutor. Le avisaremos cuando su solicitud haya sido aceptada o rechazada.

Atentamente,

Declaración de no discriminación: Esto explica qué hacer si cree que ha sido tratado de manera injusta.

De acuerdo con las regulaciones y las políticas de la ley federal de los derechos civiles y de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o que sea financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde aplicaron para obtener beneficios. Las personas con sordera, dificultades para escuchar o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede poner a disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que podrá encontrar en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Secretario Asistente de los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución proporciona oportunidades por igual.

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a Mrs. Leslie Murray. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: (631) 878-0052. Asegure de que toda la información se proporciona. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omíta PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos no deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar a su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un número de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos 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 funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

2020-2021 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a: Center Moriches Union Free School District
529 Main Street
Center Moriches, NY 11934

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<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"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- _____

No tengo un SS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el "no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayudaa garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____