

Application # \_\_\_\_\_

School District \_\_\_\_\_

Fiscal Year 2010

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

**Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)**

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado o Numero de identificación	# de Cupones de Alimentos o TANF (si aplica). <b>Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF</b>

**Parte 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a la escuela, al coordinador de emigrantes, o de personas sin hogar.**

Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar

**Parte 3. Hijo de Crianza (Foster Child)**

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque  luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ \_\_\_\_\_. Vaya a la parte 5.

**Parte 4. Ingreso bruto del hogar-Indique cuanto gana y cuando lo recibe por cada persona; marque la columna 3 si no tiene ingresos.**

1. Nombre (Anote a <b>todos</b> en su hogar-incluyendo los estudiantes mencionados arriba)	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	
1.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)**

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

*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 yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme Aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

**Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)**

Marque una o más de las identidades raciales:

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

Marque una identidad étnica:

- Hispano Latino
- No Hispano ni Latino

 **No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.** **Error Prone**

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: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>For State Agency Use</b>	F to R	R to F	D to F	SS #	SB Temp
	F to D	R to D	D to R	Income	Other

**Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.**

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS</b>			
Para el Año Escolar 2009-2010			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	20,036	1,670	386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
Cada persona adicional:	6,919	577	134

**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 el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) 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: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.**

De acuerdo con la ley Federal y la regulación del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad o represalia. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para los que necesiten TDD llame a USDA las oficinas locales o federales al (800)877-8339 (TDD) o (866)377-8642 (para voz). USDA no discrimina en sus programas y empleo.