



# 2022-2023

## SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE COMIDA ESCOLAR

**One solicitud por familia (use otra solicitud si necesita agregar mas estudiantas). NO use lapiz!**

Devuelva esta solicitud a la oficina de su escuela, a la cafeteria o al Centro de Nutricion al 2508 4th Ave.

Paso 1. Liste a todos los estudiantes PK-12 del D6 incluyendo a estudiantes en escuelas charter. NO liste a estudiantes de universidades.

Grado	Numero de Estudiante	Primer Nombre	Inicial de 2do Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (Mes, Dia, Año)	El estudiante es Foster (Custodia otorgada por la Corte). Favor Circule
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N

Paso 2. Su familia recibe Estampillas (SNAP), Asistencia Monetaria (TANF) or FDPIR? Si la respuesta es si, favor de añadir su numero de caso.

**Medicaid NO califica para asistencia de comida escolar**

--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICAID AND/OR STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP) - The information provided in the application may be shared with Medicaid or CHIP offices to seek enrollment of children into the above programs. You are not required to consent to the disclosure of this information. This will not affect your student(s)' eligibility for school meals. Your information WILL be shared unless you check this box:

Please do not share my information with the Medicaid or CHIP Offices.

Paso 3. Marque la casilla si la informacion debajo se refiere a su estudiante?

Sin hogar

Huido del Hogar

Migrante

Si el estudiante para quien esta aplicando se encuentra Sin Hogar, Huyo de casa o es Migrante, comuniquese con la Coordinadora de Niños Huidos al 970.348.4718 o con los Coordinadores de Migrantes al 970.348.5437.

Paso 4. Incluyendose, cuantos miembros hay en su hogar?

Paso 5. Liste a TODOS los miembros en su hogar, incluyéndose a usted mismo.

Incluya ingresos para quien los recibe. Si algún estudiante del Paso 1 recibe ingresos, liste otra vez al estudiante e incluya el ingreso. Si un miembro de su hogar no recibe ingresos, escriba cero (0).

Anote la cantidad bruta (before taxes and deductions) de sus ingresos. **NO ANOTE CENTAVOS O LA CANTIDAD POR HORA**. **Circule** la frecuencia en que recibe sus ingresos.

Nombre y Apellido	Ingresos del Trabajo	Frecuencia de Ingresos		Asistencia Pública/ Manutención de Hijos o Conyuge	Frecuencia de Ingresos		Pension, Jubilación, Otros Ingresos	Frecuencia de Ingresos	
		Mensual	Dos veces al mes		Mensual	Dos veces al mes		Mensual	Dos veces al mes
		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas
		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas
		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas
		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas
		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas		Semanal	Cada dos semanas

Paso 6. Favor de anotar los últimos cuatro números de su seguro social. Si usted no tiene número de seguro social, marque la casilla "NO SSN".

--	--	--	--

OR

No SSN

Últimos 4 números de su Seguro Social

Marcar NO SSN no afectará su estado migratorio.

Paso 7. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para las comidas escolares. Esta información se solicita únicamente con el propósito de determinar el cumplimiento del Estado con las leyes federales de derechos civiles, y su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de manera no discriminatoria. Si el solicitante se niega a identificarse a sí mismo, la identificación de su raza y etnia se realizará mediante registros del distrito o identificación visual y se registrará en el sistema de datos.

Raza (marque uno o mas)

- Indio Americano or Nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawai u otra Isla del Pacifico
- Blanco

Etnicidad (marque uno)

- Hispano o Latino
- Ni Hispano ni Latino

**CERTIFICACION:** "Certifico (doy mi palabra) que toda información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con el recibo de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy la información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida escolar, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales"

Firma del Padre/ Madre o Guardian

Nombre del Padre/ Madre o Guardian (Molde)

Dirección, Ciudad y Código Postal

Correo Electrónico

Número de Teléfono

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicite de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

**Declaración de no discriminación:**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

Correo:

Departamento de Agricultura de EE. UU.

Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

1400 Avenida Independencia, SW

Washington, DC 20250-9410; o

Fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Correo electrónico:

program.intake@usda.gov