

**2017-2018 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO  
COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Sólo Para Uso de Oficina

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

**Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)**

	APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA **
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>

**\*\* Si esta solicitud es para un Hijo de Crianza y es la responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque el bloque y salte a la Parte 5. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, complete Parte 2 o salte a la Parte 4 si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.**

**Parte 2. SNAP or TANF: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT):                 (Número de caso es de 7-12 dígitos)

**Parte 3. 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 su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.**  
Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar  Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.

**Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.**

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba)  No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2	Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba cada cuánto tiempo se recibe esa cantidad, por ejemplo: (\$ = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos	Otros Ingresos Beneficios por discapacidad efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios/fideicomiso/ pensiones, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidad, ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso
		Cantidad/ Frecuencia	Cantidad/ Frecuencia			
<b>EXAMPLE:</b> Jane Doe	32	\$ 18,000 / 2M	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /
1.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
5.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
6.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
7.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
8.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
<b>Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos)</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>					

**Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta**

Marque una identidad étnica:  hispano o latino  No hispano o latino  
 Marque una o más de las identidades raciales: (sin importar la identidad étnica)  
 Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  De raza negra o Afro-Americano  Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico

**Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico:** Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en inglés). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

**Parte 6b OTROS:** Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. Si, doy permiso para que la información contenida en esta solicitud se utilice solo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.

**Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido divulgados. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XX-XX-  No tengo número de Seguro Social SIGN HERE Fecha

4 números últimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud Firma del adulto que reside en el hogar Fecha  
 Dirección postal:  Teléfono del hogar:   
 Código postal:  Teléfono del trabajo:

**DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY**

**Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported:** Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12

**TOTAL INCOME/HOW OFTEN:** \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HOUSEHOLD SIZE \_\_\_\_\_  SNAP  TANF  Foster Child

Approved Reason:  Approved Free  Approved Reduced  Other: \_\_\_\_\_  
 Denied Reason:  Income Too High  Incomplete Application

Date of Approval/Denial Notice Sent To Household: \_\_\_\_\_ Signature of Approving Official: \_\_\_\_\_

Transferred/Withdrawn Date: \_\_\_\_\_ Transferred To: \_\_\_\_\_

**CONFIRMATION SUMMARY:** Date Selected: \_\_\_\_\_ Date of Confirmation Review: \_\_\_\_\_ Reviewer's Initials: \_\_\_\_\_ Confirmation Result: \_\_\_\_\_

Response Due: \_\_\_\_\_ Date of 2<sup>nd</sup> Notice: \_\_\_\_\_ Date Verification Results Notice Sent: \_\_\_\_\_

Confirmation Results:  No Change  Free to Reduced  Free to Paid  Reduced to Free  Reduced to Paid

Reason for Change:  Income  Household Size  Refused to Cooperate  SNAP/TANF Eligibility

Signature: \_\_\_\_\_ Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda.

### NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA AÑO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.

#### UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED EN SU HOGAR.

#### SI UN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

**Parte 3:** 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 su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

#### SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES Emigrante, Abandonó su Hogar O NO TIENE HOGAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** 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 su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

#### SI ESTA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DE CRIANZA Y ES LA RESPONSABILIDAD DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O UNA CORTE, MARQUE EL BLOQUE Y SALTE A LA PARTE 5. SI HAY OTROS ESTUDIANTES EN EL HOGAR QUE NO SON HIJOS DE CRIANZA, COMPLETE PARTE 2 O SALTE A LA PARTE 4 SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza:**

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño

indicando que es un hijo de crianza.

**Partes 2, 3 y 4:** Salte estas partes.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

**Si más de un niño en su hogar son hijos de crianza y otros niños en su hogar no son hijos de crianza:**

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño

indicando que es un hijo de crianza.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- **Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

#### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- **Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- **Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas

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\\_18\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_18_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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.