

INSTRUCCIONES PARA APLICAR

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

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE [State SNAP], [State TANF] O [EL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIAS (FDPIR)], SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere solo a los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce).

Parte 2: Enumere el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios [SNAP estatal], [TANF estatal] o [FDPIR].

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no** SON necesarios.

Parte 5: Responda esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Christine Fernández** en su escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS [STATE SNAP], [State TANF], O [FDPIR] Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Si algún niño que está solicitando es sin hogar, migrante, en Head Start o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **Christine Fernandez**.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Complete solo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

Parte 4: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social no son necesarios si no necesita completar la Parte 3.

Parte 5: Responda esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Christine Fernández** en su escuela.

SI ESTÁ SOLICITANDO UN NIÑO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños del hogar son niños de crianza:

Parte 1: Enumere todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no** SON necesarios.

Parte 5: Responda esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Christine Fernández** en su escuela.

Si algunos de los niños en el hogar son niños de crianza:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe escribir un "0" en la casilla "Sin ingresos". Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como ceros. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que tenía la intención de hacerlo. Marque la casilla para cada niño de crianza. Si algún niño que está solicitando es sin hogar, migrante, en Head Start o fugitivo, marque la casilla correspondiente y, si tiene preguntas, llame a **su escuela**.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Complete solo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 5: Responda esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Christine Fernández** en su escuela.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES DE WIC, SIGUEN ESTAS INSTRUCCIONES: Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe escribir un "0" en la casilla "Sin ingresos". Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como ceros. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que tenía la intención de hacerlo. Si algún niño que está solicitando es sin hogar, migrante, Head Start, un niño de crianza temporal o un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **Christine Fernández**.

Parte 2: Omita esta parte.

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

- **Sección 1–Nombre: Enumere** a todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
 - **Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar que aparece en la sección 1, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
 - **Ganancias:** Asegúrese de enumerar el **ingreso bruto**, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada *antes de* impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlo en su recibo de pago o su jefe puede decírselo.
 - **Ingresos recibidos de asistencia social, manutención de los hijos y pensión alimenticia:** Enumere la cantidad que recibió cada persona.
 - **Ingresos recibidos de beneficios de jubilación, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios del VA) y beneficios por discapacidad:** Enumere la cantidad que recibió cada persona.
 - **Todos los demás ingresos:** Enumere la compensación del trabajador, los beneficios de desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, educación federal y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLO los trabajadores por cuenta propia, en *Ingresos del trabajo*, informe los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar u obtiene un pago de combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar caen en o por debajo de los límites en esta tabla:

TABLA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el año escolar 202 2-2023			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	25,142	2,096	484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Cada persona adicional:	+8,732	+728	+168

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) puede(n) calificar, sin embargo, se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. ¿Pueden los funcionarios escolares compartir la información dentro de esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.

Parte 5: Responda esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario a **Christine Fernández** en su escuela.

APLICACIÓN FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEVUELVA ESTA SOLICITUD A LA ESCUELA DE SU HIJO****

Nombres de <u>todos</u> los miembros del hogar (Primero, Inicial Medio, Último)	Identificación de estudiante	Coloque una marca en la casilla de abajo si el niño es un niño de crianza, sin hogar, migrante, fugitivo o niño de Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es un hogar de crianza, sin hogar, fugitivo, migrante o en Head Start, vaya a la parte 4 para firmar este formulario.					Escribe un 0 en la caja si NO hay ingresos
		Crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start	

PARTE 2. BENEFICIOS

SI ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE [STATE SNAP], [FDPIR] O [State TANF Assistance], PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y VAYA A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, VAYA A LA PARTE 3.

NOMBRE: _____

PARTE 3. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (ANTES DE LAS DEDUCCIONES). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla de la frecuencia con la que se recibe. REGISTRE CADA INGRESO SOLO UNA VEZ.

1. NOMBRE (ENUMERE SOLO LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON																			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como las prestaciones por desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juana Smith	US\$ 200	X				US\$ 150		X			US\$ 0					US\$ 0				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

PARTE 4. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social". (Consulte la Declaración en la parte posterior de esta página).

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se informan. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y puedo ser procesado. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * - * * - _____ No tengo un Número de Seguro Social

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) puede(n) calificar, sin embargo, se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información dentro de esta solicitud con otros programas No Sí Los niños también pueden calificar para un seguro de salud y dental gratuito o de bajo costo con Florida KidCare. Solicite al floridakidcare.org o llame al 1-888-540-5437.

PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

¿NO RELLENAS ESTE PART. ESTO ES SOLO PARA USO ESCOLAR*****

Conversión anual de ingresos: semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24 mensuales x 12

Ingreso total: _____

Elegibilidad categórica: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Date retirado: _____

Motivo de denegación o retiro: _____

Determinación de la firma oficial: _____ Date: _____

Confirmación de la firma oficial: _____ Date: _____

Verificación de la firma oficial: _____ Date: _____

Elija una etnia:

- Hispano/Latino
 No hispano/latino

Elija uno o más (independientemente de su origen étnico):

- Indio asiático americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano blanco nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

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

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, 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 comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del 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>, en 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 presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

Fecha de contacto	Iniciales del personal	Nombre del miembro del hogar contactado	Información detallada recibida