

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

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

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE **FLORIDA SNAP, FLORIDA TANF, O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR)**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce).

Part 2: Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios de: **Florida SNAP, Florida TANF, o FDPIR**

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **Eraisly Abreu** en la escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, Florida TANF, O FDPIR** Y SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ESTAN SIN HOGAR, ES EMIGRANTE, ABANDONADO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de los niños (si lo conoce). Si algún niño para el que esta aplicando es sin hogar, emigrante, Head Start o fugitivo marque el casillero correspondiente y llame a **[your school, homeless liaison, runaway, head start or migrant coordinator]**.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 3

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **Eraisly Abreu** en la escuela.

SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya los nombres de todos los hijos de crianza y el número de estudiante de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Salte esta parte.

Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **Eraisly Abreu** en la escuela.

Si alguno de los niños en la casa son hijos de crianza:

Part 1: Incluya todos los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos deben marcar la casilla "**Sin Ingresos**" Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, emigrante o Head Start, marque la casilla correspondiente y si usted tiene preguntas llame a la escuela.

Part 2: Salte esta parte.

Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero).

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **Martha Morales at 305-362-4006, ext. 12** en la escuela.

TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS, INCLUYENDO LAS QUE RECIBEN WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de todos los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos, debe marcar la casilla “**Sin Ingresos**” Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, Head Start, un hijo de crianza o fugitivo marque la casilla correspondiente y llame a la escuela o a un Oficial correspondiente.

Part 2: Salte esta parte.

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

- **Sección 1–Nombre:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
 - **Ingresos Brutos y con qué frecuencia lo reciben:** Para cada miembro del hogar que se incluye en la parte 1, indicar que tipo de ingreso recibe durante el mes. y con cuanta frecuencia recibe el dinero: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos:** Asegúrese de anotar el **Ingreso Bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrar esta información en el comprobante de pago, o su jefe le puede decir.
 - **Ingresos recibidos por asistencia social, manutención de los hijos o pensión alimenticia:** Escriba la cantidad que cada persona recibe
 - **Ingresos recibidos por concepto de Jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) o beneficios por discapacidad :** Escriba la cantidad que cada persona recibe.
 - **Otros Ingresos:** por Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la Educación Federal o pagos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Solo los trabajadores autónomos bajo ganancias de trabajo declara los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio de granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estas subvenciones como ingresos.

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los límites de esta tabla:

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART for School Year 2022-2023			
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 personal adicional:	+8,732	+728	+168

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero)

Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **Eraisly Abreu** en la escuela.

2022-2023

SOLICITUD FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PART 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR		** REGRESE ESTA APLICACIÓN A LA ESCUELA DE SU HIJO**					Marque la casilla si no tiene ingresos
Nombres de todos los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Número de Estudiante	Marque en la casilla de abajo si el niño es de crianza, sin hogar, emigrante, fugitivo o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es de crianza, sin hogar, fugitivo, emigrante o Head Start, pase a la Parte 4 y firme esta solicitud.					
		Crianza	Sin Hogar	Emigrante	Fugitivo	Head Start	
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PART 2. BENEFICIOS

SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, FDPIR o Florida TANF**, PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA **PARTE 4**. **SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.**

NOMBRE: _____ NOMBRE DEL PROGRAMA _____ NUMERO DE CASO: (NO EL NUMERO DE TARJETA) _____

PART 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES). Indique los nombres de las personas que reciben ingresos, cuanto recibe y con qué frecuencia lo recibe en la misma línea. REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

1. NOMBRE (ESCRIBA LOS NOMBRES SOLO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN																			
	Ganancias de trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como beneficios de desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juan Pérez	\$200	X				\$150		X			\$0					\$0				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				
	\$					\$					\$					\$				

PART 4. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS DIGITOS DEL SEGURO SOCIAL (FIRMA DE UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud debe escribir los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al reverso de la página.)
Yo certifico (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 doy, Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.

Firma: _____ Nombre : _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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

La información contenida en esta aplicación pudiera ser compartida con otros programas federales o locales de salud a cuales su(s) hijo(s) pudieran calificar, sin embargo su permiso será necesario. Esto no afectará su elegibilidad para los almuerzos de la escuela. Pudieran los oficiales de la escuela compartir la información de esta aplicación con otros programas? No Si Niños también pueden calificar para seguro médico y dental gratis o a precio bajo a través de Florida KidCare. La aplicación se puede encontrar en floridakidcare.org o puede llamar al 1-888-540-5437 para más información.

PART 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Elija una o más (independiente del grupo etnico):

- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Blanco
- Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

• NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

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: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Date Withdrawn: _____

Reason for denial or withdrawal: _____ **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente 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 los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received