

# Solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido

Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo(a).

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

2024-2025

Nombre de Escuela:

## PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés u estudiantes de hasta 12 grado. Adjunte otra hoja si necesitas espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

Primer nombre del niño/a	MI	Apellido del niño/a	MI	Grado	Student ID #	Foster Child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

## PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR)?

NO → Continúe al PASO 3.  YES → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO DE BENEFICIOS (NOEBT):

Escriba solo el número de caso de beneficios en este espacio.

## PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

### A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).

Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Solo ingresos de trabajo				Solo ingresos de trabajo cuenta propia	Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios de la Administración de Veteranos (VA), todos los demás ingresos							
	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben pagos?					¿Con qué frecuencia se reciben?	¿Con qué frecuencia se reciben?						
		Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Annual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
<input type="text"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

\*Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de Seguro Social

Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.

### B. Ingresos de los niño/as

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya los TOTALES. (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as \$

¿Con qué frecuencia se reciben?				
Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Annual
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A

EL FORMULARIO NO ESTA COMPLETO SIN FIRMA

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

\*Nombre del adulto que llenó el formulario

\*Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico (opcional)

Donde se vea \* (una estrella) es información obligatoria-debe completarse.

**EJEMPLOS DE INGRESO**

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Procedencia de ingreso			Ejemplos de ingresos de los niño/as	
<b>Ingresos del trabajo</b>	<b>Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia</b>	<b>Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>sueños, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li> <li>ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)</li> <li><b>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</b></li> <li>pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)</li> <li>subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>beneficios por desempleo</li> <li>compensación para los trabajadores</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>asistencia en efectivo del estado o el gobierno local</li> <li>pagos de manutención</li> <li>pagos de pensión alimenticia</li> <li>beneficios para veteranos</li> <li>beneficios por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li> <li>pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>anualidades</li> <li>ingresos por inversiones</li> <li>intereses devengados</li> <li>ingresos por arrendamiento</li> <li>pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.</li> <li>El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.</li> </ul>	

**OPCIONAL**

Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción):  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)  Ni hispano, ni latino

Raza (marque una o más opciones):  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. **\*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

**NO LLENAR**

Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly ×52, Every 2Weeks ×26, Twice a Month ×24, Monthly ×12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income		How often?					Household size		Eligibility			<input type="checkbox"/> Withdrawn - Date: _____	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Weekly	Every 2Weeks	2x Month	Monthly	Annual	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Categorical Eligibility Free	OR	Free	Reduced	Denied	<input type="checkbox"/> Check if Error Prone Application
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Determining Official's Signature		Date		Confirming Official's Signature		Date		Verifying Official's Signature		Date			

**Use of Information Statement**

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to see who qualifies for free or reduced-price meals. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met.

Please be sure to provide the last four numbers of the Social Security number of the adult household member who signs the application. If the adult does not have one, 'Check if no Social Security Number.' Applications for a foster child do not need to list a Social Security number. Applications for children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) do not need to list a Social Security number. Some children qualify for free meals without an application. Please contact your school to get free meals for foster children, and children who are homeless, migrants, or runaway.

**Return completed form to your child's school.**

**The contact information below is solely to file a complaint of discrimination.**

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

\*MAIL: 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 or (202) 690-7442; or  
EMAIL: program.intake@usda.gov

**\*Do not mail applications to this address, only complaints of discrimination.**

*This institution is an equal opportunity provider.*

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