

# Solicitud Familiar Para Comidas Escolares Gratis O A Precio Reducido

**PARTE 1. SI EL NIÑO PARA EL QUE USTED SOLICITA ES UN NIÑO SIN HOGAR, DE UNA FAMILIA MIGRATORIA O ABANDONO SU HOGAR, MARQUE EL BLOQUE APROPIADO O Y LLAME A Brenda Smith 928-314-1918 SIN HOGAR  FAMILIA MIGRATORIA  ABANDONÓ  Si se llena este parte, solo complete Bloque A y Bloque B en Parte 2.**

## PARTE 2. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

| Bloque A.  | Bloque B.   | Bloque C.   | Bloque D.   | Bloque E.                        | Bloque F.   |            |     |   |     |   |          |            |   |     |  |  |
|--|---|---|---|----------------------------------|---|------------|-----|---|-----|---|----------|------------|---|-----|--|--|
| Nombres de los miembros del hogar<br>(Inicial Primero, Segundo Nombre, Apellido) | Nombre de la escuela para cada niño, y el grado o escribir "NA" Si el miembro de la familia no atiende a la escuela | Si algún miembro de su familia recibe SNAP, FDPIR o TANF Asistencia en Efectivo, proporcionar el número de caso y <b>pase a la Parte 3.</b> | Si este solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque y <b>Pase a la Parte 3.</b> | Marque si <u>no</u> hay ingresos | <b>LOS INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR</b>  |            |     |   |     |   |          |            |   |     |  |  |
|  |   |   |   |                                  | Informe cuánto y la frecuencia de los ingresos brutos según de la guía de abajo :<br>Semanales (S) <u>o</u> Cada 2 Semanas (2-S) <u>o</u> Mes (M) <u>o</u> Dos Veces al Mes (2-M) <u>o</u> Anualmente (A) |            |     |   |     | Las Ganancias de Trabajo Antes de Deducciones |          |            |   |     | Otros Ingresos<br>(Welfare, el apoyo de niño, alimony, pensiones, jubilación, seguridad social, beneficios de SSI, VA) |  |
|  |   |   |   |                                  | Cantidad  | Frecuencia |     |   |     |   | Cantidad | Frecuencia |   |     |  |  |
|  |   |   |   |                                  |   | S          | 2-S | M | 2-M | A   | S        | 2-S        | M | 2-M | A  |  |
| 1.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 2.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 3.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 4.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 5.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 6.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 7.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |
| 8.   |   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | \$  | ○          | ○   | ○ | ○   | ○   | \$       | ○          | ○ | ○   | ○  |  |

**Bloque G. Un miembro adulto de la familia tiene que firmar esta solicitud. Si completa la parte 2, Bloque E o Bloque F, el adulto que firma la solicitud deberá anotar sus últimos cuatro dígitos de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social.** (Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

Último cuatro dígitos de número de Seguro Social: \* \* \* - \* \* - \_ \_ \_ \_  No tengo un número de Seguro Social

**PARTE 3. FIRMA (UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA TIENE QUE FIRMAR ESTA SOLICITUD.)**

*Prometo que toda la información en esta solicitudes verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser responsable legalmente.*

Firme Aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre deletreado: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARTE 4. MARQUE UNA IDENTIDAD ÉTNICA DE LOS NIÑOS (opcional)**

**Elegir una etnicidad:**  
 Hispano/Latino  
 No Hispano/Latino

**Elegir una o más (independientemente de etnicidad):**  
 Asiático  
 Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  
 De raza negra o Afro-Americano  
 Blanco  
 Hawaiano o de otra isla del Pacífico

**NO COMPLETE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO EN 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: \_\_\_\_\_  
 Error-Prone  Case # Application  Categorically Eligible  
 Directly Certified – Attach to match result  Selected for Verification (see attachments)

Eligibility: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Follow-Up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Date Notice Sent: \_\_\_\_\_  
 Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

| ELEGIBILIDAD TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para Año de Escuela 2013-2014 |            |         |           |
|--|------------|---------|-----------|
| Tamaño de Hogar  | Anualmente | Mensual | Semanales |
| 1  | \$21,257   | 1,772   | 409       |
| 2  | 28,694     | 2,392   | 552       |
| 3  | 36,131     | 3,011   | 695       |
| 4  | 43,568     | 3,631   | 838       |
| 5  | 51,005     | 4,251   | 981       |
| 6  | 58,442     | 4,871   | 1,124     |
| 7  | 65,879     | 5,490   | 1,267     |
| 8  | 73,316     | 6,110   | 1,410     |
| Cada Persona Adicional:  | +7,437     | +620    | +144      |

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos de Seguro Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Beneficios en Efectivo (TANF), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.