Application # _____

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2019-2020 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

Distrito Escolar de Seaside #10

POR FAVOR DEVUELVA LA APLICACIÓN A LA ESCUELA DE SUS HIJOS

UNA APLICACIÓN POR FAMILIA

AVISO:

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
- Vea las I**nstrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.

** = Requerido Todas las aplicaciones; ** = Requerido para aplicaciones de ingresos; *** = Requerido para aplicaciones SNAP*

1 INFORMACIÓN DEL HOGAR* Nombre de la persona que completa esta solicitud (Apellido, Primer nombre)

_____
Nombre **Escriba**

_____
Dirección postal – Apt #

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo)
_____
Teléfono del trabajo
_____

➔ Número de integrantes del hogar _____
(Escriba los nombres de **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES*

	Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1.					❑
2.					❑
3.					❑
4.					❑
5.					❑

3 BENEFICIOS Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF***, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre *** _____

❑ SNAP
❑ TANF

Número de caso*** _____

Siga abajo en la Parte 5

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) ☐ Sí

4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

	Columna 1 Liste **todos** los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (*Apellido, Primer nombr*	**Columna 2** Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	**Columna 3** Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	**Columna 4** Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	**Columna 5** Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	**Columna 6** Marque si no hay ingreso
1.						❑
2.						❑
3.						❑
4.						❑

5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar*

X _____

Firmado en*

_____
Mes/día/año

Número de Seguro Social **
(Ver declaración de privacidad al dorso)
XXX-XX-__ __ __ __

☐ **No tengo número de Seguro Social****

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica:
☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:
☐ Asiático
☐ Indio americano y nativo de Alaska
☐ Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
☐ Negro o afroamericano
☐ Blanco, no de origen hispano
☐ Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en ☐ Español ☐ Ruso ☐ Otro _____

7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado Firme aquí**:**_____

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos. ☐ Sí ☐ No

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income:_____ Number in household:_____ **Date Withdrawn:**_____

☐ **Free based on:**
- ☐ SNAP/TANF/FDPIR
- ☐ Foster child categorical
- ☐ household income

☐ **Reduced based on:**
- ☐ household income

☐ **Denied – Reason:**
- ☐ income too high
- ☐ incomplete application

Determining Official's Signature :_____ Date_____

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

Miembros del hogar que cobran cada semana: Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas: Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses: Proyecte el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de substraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS 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 Asistance 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. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

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.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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 .Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.