

**Parte 1: Niños en la Escuela**

Escriba los nombre de todos los niños, incluyendo a los niños adoptivos, en la escuela. Si todos los niños incluidos son hijos adoptivos, pase a la Parte 4 a firmar el formulario. (Nombre, Inicial, Apellido)	Marque la casilla de abajo si el niño es adoptado.	Nombre de la Escuela que su Hijo Asiste	Grado
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

**Parte 2: Beneficios de SNAP, TANF o FDPIR**

Ingrese el **NUMERO PRINCIPAL del CASO** si el hogar califica para SNAP, TANF o FDPIR:   
 (Números de Seguro Social, números de Medicaid y números de EBT no se aceptan.) Pase a Parte 4

**Parte 3: Total de Ingreso Bruto del Hogar – Debe decirnos cuanto es y con qué frecuencia.**

<b>1. Nombres de Miembros del Hogar</b> Incluya a <b>todos</b> en el hogar y el ingreso que cada uno gana y con qué frecuencia O marque la casilla a la derecha si no tienen ingresos. El ingreso de uso personal de un hijo adoptivo debe ser incluido.	<b>2. Ingreso Bruto y Con Qué Frecuencia es Recibido</b>								<b>3. Marque la casilla si NO hay ingreso</b>
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones		Welfare, Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios VA, Beneficios de Discapacidad		Otros Ingresos (Trabajo por Cuenta Propia)		
	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	
									<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"/>

**Parte 4: Firma y Numero de Seguro Social (El Adulto Debe Firmar)**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo Número de Seguro Social". (Vea el Acta de Privacidad en página 2) 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 basados en la información que doy. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de alimentos y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Escriba su nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX – XX – \_\_\_\_\_  No tengo Número de Seguro Social

**Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los Niños (Opcional)**

**Marque una Identidad Étnica: - - y - -**      **Marque una o más de las Identidades Raciales:**  
 Hispano o Latino       Asiático       Negro o Afro-Americano       Nativo de Hawái u otra  
 No Hispano o Latino       Blanco       Indio Americano o Nativo de Alaska      Isla del Pacifico

**No Escriba en Esta Área. Solo Para Uso Escolar.**

Annual Income Conversion: Weekly X 52; Every 2 Weeks X 26; Twice a Month X 24; Monthly X 12

Total Household Size \_\_\_\_\_ Free

Total Income \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ Temporary Approval for Zero Income Until: \_\_\_\_\_

Year  Month  2 X Mo.  Every 2 Wks  Week Reduced

Categorically Eligible: SNAP/TANF/FDPIR  Denied  Reason for Denial: \_\_\_\_\_  
 Foster Child  Income too high  Incomplete App.

Follow-up Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Date Withdrawn from School: \_\_\_\_\_

Signature of Determining Official \_\_\_\_\_ Date Approved: \_\_\_\_\_  
 Signature of Confirming Official (Verification only) \_\_\_\_\_ Date Confirmed: \_\_\_\_\_

**Sus hijos pueden calificar para recibir alimentos gratis o a precio reducido si el ingreso de su hogar esta en o por debajo de los limites de esta tabla.**

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS</b>					
Para el Año Escolar 2011-12					
Tamaño de Miembros del Hogar	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Cada persona adicional	7,067	589	295	272	136

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

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban alimentos gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicite para un niño adoptivo o si anota el numero de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o numero de caso del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otros identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir alimentos gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de programas de almuerzos y desayunos. Compartiremos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para la revisión del programa, y personal de la justicia para ayudarles a investigar violación de las reglas del programa.

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica que hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.**

“De acuerdo con la ley Federal y la póliza del Departamento de Agricultura de los EE.UU, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Los individuos con deficiencias auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidad y empleo.”