

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. *Archdiocese of Galveston-Houston* ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$2.00 y el almuerzo cuesta \$3.00. Podría ser que sus hijos califiquen para recibir comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es \$.30 para el desayuno y \$.40 para el almuerzo. Las siguientes preguntas y respuestas le darán información acerca del Programa de comidas gratis y a precio reducido.

1. **¿Necesito llenar una solicitud para cada hijo?**
No. Llene la Solicitud de comidas escolares gratis y a precio reducido para pedir comidas gratis o a precio reducido para todos los niños del hogar. No podemos aprobar solicitudes que no estén llenadas completamente, por eso debe llenar toda la información. Envíe de vuelta la solicitud completa a *Deborah Martinez, 2403 Holcomb Blvd., Houston, TX 77021*
2. **¿Quién puede recibir comidas gratis?**
 - **Ingresos**—Sus hijos pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si su ingreso familiar bruto (total, sin deducciones) está dentro de los límites descritos en las *Pautas federales de ingresos para calificar*.
 - **Participantes de programas especiales**—Todo niño de un hogar que reciba beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), puede recibir comidas gratis. Los niños que asisten a Head Start, Early Head Start y a Even Start también califican para recibir comidas gratis.
 - **Hijos de crianza**—Los hijos de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o de un tribunal, califican para recibir comidas gratis. Cualquier hijo de crianza califica para recibir comidas gratis, independientemente del ingreso del hogar en que viva.
 - **Sin hogar, fugitivo y migrante**—Los niños identificados como de no tener hogar, ser fugitivos o ser migrantes califican para recibir comidas gratis. Si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a *dmartinez@spvpasadena.org*.

Si recibió una carta informándole que su hijo califica automáticamente para recibir comidas gratis, no llene la solicitud, pero asegúrese de notificar a la escuela si algún niño de su hogar que asiste a la escuela no está incluido en la carta.
3. **¿Debería llenar la solicitud si recibí una carta este año escolar en la que me indican que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis o a precio reducido?** Lea con cuidado la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela de su hijo al 713-741-8704 si tiene preguntas.
4. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe enviar una solicitud nueva a no ser que la escuela le haya indicado que su hijo califica para el año escolar actual.
5. **Yo recibo WIC, ¿puede mi hijo (s) recibir comidas gratis?** Los niños de los hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido; por favor llene la solicitud.
6. **¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre?** Escriba la cantidad que recibe normalmente. Incluso si se ausentó del trabajo el mes pasado, ponga el sueldo que recibe normalmente. Si normalmente recibe pago por tiempo extra, inclúyalo. Si le han reducido sus horas o su sueldo, utilice su ingreso actual.
7. **Estamos en el servicio militar. ¿Tenemos que incluir nuestro subsidio de vivienda como ingreso?** Si recibe subsidio de vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como ingreso. Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. **¿Se cuenta el sueldo de combate como ingreso?** No, si el sueldo de combate se recibe debido a su misión, además del sueldo básico y no lo recibía antes de la misión, el sueldo de combate no se cuenta como ingreso.
8. **¿Puedo presentar una solicitud si alguien de mi hogar no es ciudadano de Estados Unidos?** Sí. Ni usted ni su hijo(s) tiene que ser ciudadano de Estados Unidos para calificar para las comidas gratis o a precio reducido.
9. **¿Se va a revisar la información que yo envíe?** Sí, podríamos pedirle que envíe pruebas por escrito.
10. **Si no califico ahora, ¿podría presentar una solicitud después?** Sí. Puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Si sus ingresos o las circunstancias de su hogar cambian, podría llegar a calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido.
11. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluirse a sí mismo, así como a otras personas que vivan en su hogar y que compartan ingresos y gastos— sean o no parientes (abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse a usted mismo y a todos los hijos que vivan con usted. No incluya a otras personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que usted no mantenga, ni comparta sus ingresos con usted, ni pague una parte correspondiente de los gastos.
12. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela acerca de mi solicitud?** Debería hablar con los representantes de la escuela. También podría solicitar una audiencia, ya sea llamando o escribiendo a *Enrique Benitez, 2403 Holcomb Blvd, Houston, Texas 77021 713-741-8704*
13. **Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para averiguar cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a: *Deborah Martinez 713-741-8704*. Cordialmente,

Deborah Martinez

Comida escolar gratis y a precio reducido para varios hijos y varios usos Las solicitudes para 2014-2015

Más información sobre cómo reportar sus ingresos en la solicitud

- **Ingreso bruto**—Ponga la cantidad que gana antes de los impuestos y las deducciones.
- **Cada cuánto tiempo recibe ingresos**—Ponga el tipo de ingreso que recibe cada mes—semanal, cada otra semana, dos veces al mes, o mensual—en vez del sueldo total que gana. Esta información debería encontrarse en el recibo de sueldo, o pregúntele a su empleador.
- **Todos los demás ingresos**—Ponga beneficios de la Compensación de Trabajadores, de desempleo o por haber estado en huelga, así como contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y cualquier otro ingreso.

No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos recibidos de la agencia de colocación.

SÓLO para personas con negocios propios, declare los ingresos después de gastos, bajo *Ganancias del trabajo antes de las deducciones*. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o si recibe pago de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Pautas de calificación por ingresos para precios reducidos— 1 de julio de 2014–30 de junio de 2015					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$21,590	\$1,800	\$900	\$831	\$416
2	\$29,101	\$2,426	\$1,213	\$1,120	\$560
3	\$36,612	\$3,051	\$1,526	\$1,409	\$705
4	\$44,123	\$3,677	\$1,839	\$1,698	\$849
5	\$51,634	\$4,303	\$2,152	\$1,986	\$993
6	\$59,145	\$4,929	\$2,465	\$2,275	\$1,138
7	\$66,656	\$5,555	\$2,778	\$2,564	\$1,282
8	\$74,167	\$6,181	\$3,091	\$2,853	\$1,427
Para cada miembro adicional de la familia, aumente:					
	+ \$7,511	+ \$626	+ \$313	+ \$289	+ \$145

Instrucciones de la solicitud

<i>No es necesario que cada persona llene todas las partes de la solicitud. La siguiente tabla muestra las partes de la solicitud que debe llenar de acuerdo a las circunstancias del hogar.</i>	
Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o - Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) 	Llene las Partes 1, 2 y 4. (no tiene que poner los últimos 4 números del Seguro Social)
Cualquier niño de su hogar ha sido identificado como <ul style="list-style-type: none"> - Head Start, - sin hogar - migrante o - fugitivo, pero nadie de su hogar recibe beneficios estatales de SNAP o TANF.	Llene las Partes 1, 3 (para cualquier niño que no esté identificado como adoptivo, sin hogar, migrante o fugitivo), y 4.
Todos los niños del hogar son hijos de crianza colocados por una agencia de cuidado de crianza o por el tribunal.	Llene las Partes 1 y 4. (no tiene que poner los últimos 4 números del Seguro Social)
Algunos de los niños del hogar son hijos de crianza colocados por una agencia de cuidado de crianza o por el tribunal.	Llene las Partes 1, 2 si se aplica, 3 y 4.
El hogar recibe WIC.	Llene las Partes 1, 2, 3, y 4.
Todos los demás hogares.	Llene las Partes 1, 2, 3, y 4.
Formulario para varios usos—Sólo si le pidieron que llene el formulario de varios usos	Llene la Parte 5, opcional

Una vez que llene este formulario, entréguelo a Deborah Martinez via your school office.

Archdiocese of Galveston-Houston

Solicitud de 2014-2015 de comida escolar gratis y a precio reducido para varios hijos

Parte 1: Todo niño del hogar que esté en la escuela							Parte 2. Beneficios—Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDIPIR, incluya el número de Determinación de calificación (EDG, por sus siglas en inglés) de la persona que recibe beneficios y pase a la parte 4. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3.	
A. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que estén en la escuela. (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	B. Escriba el nombre de la escuela de cada niño.	C. Marque la casilla correspondiente si el niño participa en cualquiera de los siguientes programas. Si todos los niños participan en al menos un programa, vaya a la parte 4. Si sólo algunos lo hacen, vaya a la parte 2.						D. Marque si el niño no tiene ingresos
		Crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start		
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EDG: _____

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar.

A. Anote todos los hijos registrados en la Parte 1 que tienen un ingreso y todos los miembros del hogar no se registran en la parte 1.	B. Escriba todos los ingresos en la misma línea de la persona que lo recibe. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso en el segundo espacio en blanco. Si la persona no tiene ingresos, marque la casilla que dice <i>No hay ingresos</i> . (A=Anual M=Mensual T=Dos veces por mes E=Cada dos semanas W=Semanal)				
	Sueldo de trabajo antes de las deducciones	Beneficio social, manutención de niños, pensión alimenticia	Seguro Social, SSI, o Beneficios de jubilación militar (VA)	Todo lo demás Ingreso	No hay Ingresos
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	\$199.00/E	\$149.00/M	\$99.00/M	\$50.00/T	<input type="checkbox"/>
1.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>

Parte 4. La firma y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social—Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se llena la Parte 3, el adulto que firma este formulario debe poner los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social."

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Yo entiendo que los representantes de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si doy información falsa, sabiéndolo, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida, y yo podría ser procesado.

Firme aquí: _____ Escriba el nombre aquí: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: ***-**-____-____ No tengo número de Seguro Social.

No llenar esta parte. Solamente para uso de la escuela.

Cuando se recibe ingresos con varias frecuencias, hay que convertirlos a cantidades anuales y combinarlos para determinar el ingreso del hogar. No debe convertirlo si puso que hay sólo una frecuencia de ingresos del hogar. Si está convirtiendo al ingreso anual, redondee sólo el número final—Conversión de ingreso anual: Semanal x 52 | Cada 2 semanas x 26 | Dos veces al mes x 24 | Mensual x 12

Ingreso total: _____ Por Semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mes Año Número de personas en el hogar: _____

Tipo de calificación: Califica para comidas: Gratis Reducido Negado Fecha en que fue retirado: _____

Firma del oficial que revisa/determina: _____ Fecha: _____

Firma del oficial que confirma: _____ Fecha: _____

Firma del oficial que da seguimiento: _____ Fecha: _____

Declaración de no discriminación: Esto explica lo que debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente. El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde se aplique, por creencias políticas, estado civil, condición familiar o situación de los padres, orientación sexual o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el Departamento. (No todos los motivos que se prohíben se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo.) Si desea presentar una queja de discriminación ante el programa de Derechos civiles, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que incluya toda la información que le piden en el formulario. Envíenos el formulario de queja llenado o una carta por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad para hablar pueden comunicarse con el USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Solicitud de 2014-2015 de comida escolar gratis y a precio reducido para varios hijos Hoja para anotar miembros del hogar adicionales

Utilice esta hoja en caso que necesite incluir más hijos de su hogar o más miembros del hogar.

Parte 1: Todo niño del hogar que esté en la escuela							
A. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que estén en la escuela. (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	B. Escriba el nombre de la escuela de cada niño.	C. Marque la casilla correspondiente si el niño participa en cualquiera de los siguientes programas. Si todos los niños participan en al menos un programa, vaya a la parte 4. Si sólo algunos lo hacen, vaya a la parte 2.					D. Marque si el niño no tiene ingresos
		Crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start	
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar.					
A. Anote todos los hijos registrados en la Parte 1 que tienen un ingreso y todos los miembros del hogar no se registran en la parte 1.	B. Escriba todos los ingresos en la misma línea de la persona que lo recibe. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso en el segundo espacio en blanco. Si la persona no tiene ingresos, marque la casilla que dice <i>No hay ingresos</i> . (A=Anual M=Mensual T=Dos veces por mes E=Cada dos semanas W=Semanal)				
	Sueldo de trabajo antes de las deducciones	Beneficio social, manutención de niños, pensión alimenticia	Seguro Social, SSI, o Beneficios de jubilación militar (VA)	Todo lo demás Ingreso	No hay Ingresos
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	\$199.00/E	\$149.00/M	\$99.00/M	\$50.00/T	
9.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
10.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
11.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
12.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
13.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
14.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
15.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
16.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
17.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
18.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
19.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>
20.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	<input type="checkbox"/>

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta del hogar quien firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando se presenta la solicitud en nombre de un hijo de crianza o si usted escribe el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o algún otro número de identificación de FDPIR, para su hijo o cuando indica que la persona adulta del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de calificación con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para revisar los programas, y al personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de los reglamentos del programa.

Archdiocese of Galveston-Houston

Solicitud de 2014-2015 de comida escolar gratis y a precio reducido para varios niños y varios usos

Parte 1: Todo niño del hogar que esté en la escuela							Parte 2. Beneficios—Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF, o FDPIR, incluya el número de Determinación de calificación (EDG, por sus siglas en inglés) de la persona que recibe beneficios y pase a la parte 4. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3.	
A. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que estén en la escuela. (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	B. Escriba el nombre de la escuela de cada niño.	C. Marque la casilla correspondiente si el niño participa en cualquiera de los siguientes programas. Si todos los niños participan en al menos un programa, vaya a la parte 4. Si sólo algunos lo hacen, vaya a la parte 2.						D. Marque si el niño no tiene ingresos
		Crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start		
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		EDG: _____
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar					
A. Anote todos los hijos registrados en la Parte 1 que tienen un ingreso y todos los miembros del hogar no se registran en la parte 1.	B. Escriba todos los ingresos en la misma línea de la persona que lo recibe. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso en el segundo espacio en blanco. Si la persona no tiene ingresos, marque la casilla que dice <i>No hay ingresos</i> . (A=Anual M=Mensual T=Dos veces por mes E=Cada dos semanas W=Semanal)				
	Sueldo de trabajo antes de las deducciones	Beneficio social, manutención de niños, pensión alimenticia	Seguro Social, SSI, o Beneficios de jubilación militar (VA)	Todos los demás ingresos	No hay Ingresos
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	\$199.00/E	\$149.00/M	\$99.00/M	\$50.00/T	<input type="checkbox"/>
1.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	<input type="checkbox"/>

Parte 4. La firma y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social—Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se llena la Parte 3, el adulto que firma este formulario debe poner los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social."

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se ha reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Yo entiendo que los representantes de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si doy información falsa, sabiéndolo, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida, y yo podría ser procesado.

Firme aquí: _____ Escriba el nombre aquí: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: ***-**-____ No tengo número de Seguro Social.

Parte 5. Compartir información con otros programas: OPCIONAL
Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Por favor marque con un círculo cualquier programa o beneficio de la lista siguiente de esta solicitud del que desee recibir información. El hecho de llenar esta sección no cambiará si sus niños pueden recibir o no comidas gratis o a precio reducido.

Programas: _____

No llenar esta parte. Solamente para uso de la escuela.

Cuando se recibe ingresos con varias frecuencias, hay que convertirlos a cantidades anuales y combinarlos para determinar el ingreso del hogar. No debe convertirlo si puso que hay sólo una frecuencia de ingresos del hogar. Si está convirtiendo al ingreso anual, redondee sólo el número final—Conversión de ingreso anual: Semanal x 52 | Cada 2 semanas x 26 | Dos veces al mes x 24 | Mensual x 12

Ingreso total: _____	Por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Número de personas en el hogar: _____
<input type="checkbox"/> Tipo de calificación:	<input type="checkbox"/> Califica para comidas: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Negado	Fecha en que fue retirado: _____
Firma del oficial que revisa/determina: _____		Fecha: _____
Firma del oficial que confirma: _____		Fecha: _____
Firma del oficial que da seguimiento: _____		Fecha: _____

Declaración de no discriminación: Esto explica lo que debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente. El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde se aplique, por creencias políticas, estado civil, condición familiar o situación de los padres, orientación sexual o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el Departamento. (No todos los motivos que se prohíben se aplican a todos los programas y/o actividades de empleo.) Si desea presentar una queja de discriminación ante el programa de Derechos civiles, llene el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que incluya toda la información que le piden en el formulario. Envíenos el formulario de queja llenado o una carta por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad para hablar pueden comunicarse con el USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Solicitud de 2014–2015 de comida escolar gratis y a precio reducido para varios niños y varios usos

Hoja para anotar miembros del hogar adicionales

Utilice esta hoja en caso que necesite incluir más hijos de su hogar o más miembros del hogar.

Parte 1: Todo niño del hogar que esté en la escuela							
A. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que estén en la escuela. (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	B. Escriba el nombre de la escuela de cada niño.	C. Marque la casilla correspondiente si el niño participa en cualquiera de los siguientes programas. Si todos los niños participan en al menos un programa, vaya a la parte 4. Si sólo algunos lo hacen, vaya a la parte 2.					D. Marque si el niño no tiene ingresos
		Crianza	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start	
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 3. Ingreso bruto total del hogar					
A. Anote todos los hijos registrados en la Parte 1 que tienen un ingreso y todos los miembros del hogar no se registran en la parte 1.	B. Escriba todos los ingresos en la misma línea de la persona que lo recibe. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso en el segundo espacio en blanco. Si la persona no tiene ingresos, marque la casilla que dice No hay ingresos. (A=Anual M=Mensual T=Dos veces por mes E=Cada dos semanas W=Semanal)				
	Sueldo de trabajo antes de las deducciones	Beneficio social, manutención de niños, pensión alimenticia	Seguro Social, SSI, o Beneficios de jubilación militar (VA)	Todos los demás ingresos	No hay Ingresos
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	\$199.00/E	\$149.00/M	\$99.00/M	\$50.00/T	
8.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
9.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
10.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
11.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
12.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
13.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
14.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
15.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
16.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
17.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
18.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
19.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	
20.	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	\$ _____ /__	

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social de la persona adulta del hogar quien firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando se presenta la solicitud en nombre de un hijo de crianza o si usted escribe el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o algún otro número de identificación de FDPIR, para su hijo o cuando indica que la persona adulta del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas gratis o a precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de calificación con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para revisar los programas, y al personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de los reglamentos del programa.