

Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT Para Programa Regular y CEP
DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):
DIRECCIÓN:

Ark njrc sl _qrjggsb nrmpf me_p Sq` rj@p.dn& msq jÉngk', **SY 2024-2025**

PASO 1 Enumere a **TODOS** los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12° grado. Adjunte otra hoja si necesita 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 tienen parentesco con usted y viven en su hogar. El primer nombre del niño/a

MI Apellido(s) del niño/a (Use la barra espaciadora para avanzar) Nombre de la escuela Grado

Trabajador(a)	Foster child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

Cjk_pá
 jesl_bc
 cq_qa_cqj_d
 am csjrc_l_q
 g qpsaagri cq
 bc_l_qrjggsb*
 N_qrn/BV_prc A
 wN_prc B,

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

NO → Artl rg, c_j NQCM1, SI → Cqrq _oj l, k cpmc a_qn_os Qvartl rg, c_j NQCM2, Sí → Cqrq _oj l, k cpmc a_qn_c qrc cqrc cq_n_apt

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT), por sus siglas en inglés):

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.

L nk` p: bc jmq k gk` pm_bsjrmqbf me_pá.g m_qw_bsjrmq` p: w_nojjgnt	Ingresos del trabajo		Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención		Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos		Pensión, jubilación, seguridad social	
	Semanalmente	Cada 2 semanas	Semanalmente	Cada 2 veces al mes	Semanalmente	Cada 2 veces al mes	Semanalmente	Cada 2 veces al mes
\$								
\$								
\$								
\$								
\$								

Rtr_j bc k gk` rjrbqbf me_pá.g m_qw_bsjrmq` p: w_nojjgnt
 As_rm, jtgk nqb@grmboj l, k cpmc Qespm
 Qraqj bc_l_nqartl _osc rcl e_cj q_l_gmngl ag_j
 s nrpik gk` pm_bsjrmqbf me_pá.gmngl bc`
 *Necesario solo si está aplicando para comidas escolares

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

K_posc qj mvgi c l k qpm
 bc Qespm Qraqj
 04rtl osl qzasci ag_cp pag ci =
 Semanalmente 2 semanas Mensualmente

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

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:**

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 la Tarjeta de Verano EBT, y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales federales aplicables. Para la Tarjeta de Verano EBT Solamente: Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado.

L nk` p: cl jrcp_bc gk` nqpl r_boj_bsjrmosc gk` oj dtrk sj_rgn
 Dgk_bcj_bsjrm
 Bgrzaqj l nrqj j_dgq:qÉbgrnt g jc'
 Agb_b
 Cq_bm
 Rj j dtr m&magnt j'
 Rj j dtr m&magnt j'
 Artpmojcarp l gnt&magnt j'
 Draf_bc f mw

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

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

Fuentes de ingresos	
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia
<ul style="list-style-type: none"> sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) <p>SI forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta 	<p>Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) pensiones privadas o beneficios por discapacidad ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anualidades pagos de manutención pagos de inversión intereses devengados pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas
Ejemplos de ingresos de los niños/as	
<ul style="list-style-type: none"> Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario. Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social. Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos. Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso. 	

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) Lf gn_j ml g_rg m

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: Ucci jwx 30*Q cpw0 Ucci q x 04*Ru gc_K m r_f x 02*K m r_f jwx / 0, Bml m_r_l l_s_jgc g ark c rmbcrock g c ejeg g gws l_jocck m r_f_l m_l c g ark c fposcl avgjgrcb, @Dbbp_j Bcl gbb8 Qggg jc dml_KCG=

Fr_r_j B ank c Ucci jw_0Ucc q_0r_Km r_f_Km r_jw_7l l_s_j Fr_rscqf mjb ggc A_rcentm_r_j Qggg ggw Dbc Pbsact Bcl gb Yes No

Berock g g e Mtbqj_?Qel_rsp B_r_c Arl gk g e Mtbqj_?Qel_rsp B_r_c Tcghy e Mtbqj_?Qel_rsp B_r_c

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almorzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben 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 (FDIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

*Correo: 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 o (202) 690-7442, o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.