

**SOLICITUD DE MULTI-USO PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

<b>Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)</b>			<b>Parte 2. El numero de caso de cupones para alimentos / Beneficios en Efectivo (Cash Assistance) / FDPIR estudiante por cada.</b>
Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	<b>Si su(s) niño(s) tienen un número de caso por favor escríbalo aquí. Vaya a la parte 6.</b>
1.			1.
2.			2.
3.			3.
4.			4.
5.			5.
6.			6.

**Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a [homeless liaison, migrant coordinator at phone #]** Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar

**Parte 4. Hijo de Crianza**  
Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque  luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ \_\_\_\_\_. **Vaya a la parte 6.**

**Parte 5. Ingreso bruto de su hogar — Tu Necesitas INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA**

<b>1. Nombre</b> (Anote a <b>todos</b> en su hogar los niños de escuela incluyendo)	<b>2. Marque si no hay ingresos</b>	<b>3. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA</b>							
		<i>Ejemplo: \$50 – mes    \$50 – dos veces al mes    \$50 – cada 2 semanas    \$50 – semanales</i>							
		Ganancias del trabajo antes de deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social		Otros Ingresos	
		<b>Quanto</b>	<b>Con Que frecuencia</b>	<b>Quanto</b>	<b>Con Que frecuencia</b>	<b>Quanto</b>	<b>Con Que frecuencia</b>	<b>Quanto</b>	<b>Con Que frecuencia</b>
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$		\$	

**Parte 6. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)**  
Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 5, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)  
*Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.*

Firme Aquí: **X** \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

Dirección: \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Parte 7. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)**

Marque una o más de las identidades raciales:

<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano Latino
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino
<input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Otro	

Marque una identidad étnica:

**No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.**  Error-Prone  Directly Certified – Attach to match result

*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:** \_\_\_\_\_

Case # Application **Eligibility:**  Free,  Reduced,  Denied -- Reason: \_\_\_\_\_ **Date Withdrawn:** \_\_/\_\_/\_\_

Temp. Free – Zero Income (45 days)  Temp. Free – homeless/migrant/runaway (30 days) **Temporary Free Expires:** \_\_/\_\_/\_\_

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_/\_\_/\_\_ Date Notice Sent: \_\_/\_\_/\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_/\_\_/\_\_

Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_/\_\_/\_\_  Selected for Verification (see attachment)

**Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.**

<b>FEDERAL INCOME CHART For School Year 2006-2007</b>			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	\$18,130	1,511	349
2	24,420	2,035	470
3	30,710	2,560	591
4	37,000	3,084	712
5	43,290	3,608	833
6	49,580	4,132	954
7	55,870	4,656	1,075
8	62,160	5,180	1,196
Each additional person:	+6,290	+525	+121

**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 el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Beneficios en Efectivo (Cash Assistance), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) 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.

**COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS**

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proveyó en su solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. **Nosotros tenemos que obtener autorización para compartir su información con los siguientes programas. El enviar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido.**

- No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

---

- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

**Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los bloques de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.  
Envíe ésta forma a: **[address]** antes de **[date]**.