

Solicitud # _____

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2010/2011 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

AVISO:

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

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)

¿Recibe este hogar FDIR (Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) Sí (Complete las partes 2 y 5)

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Liste SNAP* o TANF No. de caso para cada niño si recibe beneficios públicos
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

3 INFORMACIÓN DE NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA (COMPLETE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA)

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Mensualmente del niño Ingreso para uso personal
_____	_____	_____	_____	_____

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 sección 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	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. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5 FIRMA, FECHA Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales; que los funcionarios del estado pueden verificar información; y que puedo ser procesado bajo los estatutos estatales y federales correspondientes si tergiverso la información.

Firma de un miembro adulto del hogar X Firmado en _____ Mes/día/año _____

Número de Seguro Social * _____ (Ver declaración de privacidad al dorso) 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: Reduced based on: Denied – Reason: Temporary:

SNAP/TANF household income income too high Free

FDIR foster child's income incomplete application Reduced

household income foster child's Income Determining Official's Signature : _____ Date _____ Until: _____ Until: _____

(maximum 45 days each)

VEA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2 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 la solicitud es para un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 3 y 5; la parte 6 es opcional.

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Sección 3 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 cobran dos veces al mes: Multiplique por 24 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.

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 sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

PAUTAS PARA INGRESO FEDERAL

Para ayudar a los Estados y las agencias locales, sólo para el año escolar 2010-2011, USDA autorizó extensiones del requisito de la sección 9(b)(2)(B)(i) de la Nacional de Almuerzo Escolar para incluir las Pautas de Elegibilidad de Ingresos de precio reducido por el tamaño de la familia en las solicitudes.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted hace la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporaria o lista el Programa de SNAP, el Programa de Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso para su hijo u otro identificador FDPIR del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden para ayudarles a detectar violaciones a la reglas del programas. Podemos compartir su información 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 acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para llamadas TTD, llame gratis a USDA al número (800) 877-8339 o al número (866) 377-8642. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.