

Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2022-2023

Internal Use Only:
APPLICATION #

Eligibility Determination:

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

PASO 1

Liste a **TODOS** los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños adoptivos temporales (Foster) y niños que cumplen con la definición de Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre Del Niño

Apellido Del Niño

Marque todas las que aplican

Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugado
<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"/>

PASO 2

Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con círculo: Si / No

Si contesto NO > Complete PASO 3.

Si contesto SI > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero de Caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Declare los ingresos de **TODOS** los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?

Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.

La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño

				Con que frecuencia?			
Semana	Quincena	2x mes	1x mes	Semana	Quincena	2x mes	1x mes
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar

BRUTOS Ingresos Del empleo

				Con que frecuencia?			
Semana	Quincena	2x mes	1x mes	Semana	Quincena	2x mes	1x mes
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial

				Con que frecuencia?			
Semana	Quincena	2x mes	1x mes	Semana	Quincena	2x mes	1x mes
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos

				Con que frecuencia?			
Semana	Quincena	2x mes	1x mes	Semana	Quincena	2x mes	1x mes
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

X X X X X

Indique si no hay SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de adulto Envíe la Forma Completa a: LPA MARANA 13644 N. Sandario Rd. Marana AZ 85653

"Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Firma del adulto que lleno el formulario

Fecha de hoy

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde):

Teléfono y Correo Electrónico (opcional)

Calle y número de casa (si está disponible)

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___

Error Prone

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Case # Application Foster Application Directly Certified: Date of Disregard: _____

Income Application Homeless/Migrante/Runaway

Household Size: _____

Total Income: _____ Per: Week Bi-Weekly (Every 2 Weeks) 2x Month Monthly Annual

Selected For Verification: Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

INSTRUCCIONES Guías de Ingresos

Guía de Ingresos Para Niños		Guía de Ingresos Para Adultos		
Tipo de ingreso	Ejemplos	Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro/Otros Ingresos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.	- Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)
Seguro Social: -Pagos de discapacidad	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.	Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>)	- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local	- Pensiones privadas o de discapacidad
-Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.	-Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Pagos de pensión matrimonial - Pagos de manutención - Beneficios de veteranos - Beneficios de huelga	-Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Interés ganado
Ingresos de personas fuera del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que regularmente le da dinero para gastar a un niño.			- Ingresos de alquiler - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.			

Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque Uno):

- Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur Blanco

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: 1. correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; 2. fax: (202) 690-7442; or 3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.