

**Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido** (Completar una solicitud por familia)

Anexo C: 2022-23

**Devuelva la solicitud completada a:** \_\_\_\_\_ *(Escriba el nombre de la escuela, dirección postal aquí)*

<b>Parte 1: Niños que asisten a la escuela</b>				
Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela <b>(primer nombre, inicial del segundo, apellido)</b> . Si todos los niños nombrados son niños en custodia, salte a la Parte 4 para firmar el formulario. Si algunos de los niños son niños en custodia o sin hogar, migrantes o refugiados, complete todos los pasos de la solicitud.	Grado	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Marque todas las que correspondan	
			Niño en custodia	Niño sin hogar, migrante o refugiado
			<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"/>

**Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)**

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDIPIR: (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

**Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)**

1. Miembros de la familia Indique el nombre de <b>todos</b> los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en <b>dólares, en números redondos</b> (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso <b>personal</b> del niño en custodia.	2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió					
	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia

Número total de miembros de la familia: \_\_\_\_\_  
(Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX – XXX – \_\_\_\_\_

Marque esta opción si no hay SSN

**Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.**

*"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (si está disponible): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

**Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)**

**Marcar una identidad étnica:** - y - **Marcar una o más identidades raciales:**

Hispano o latino Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
No hispano ni latino Blanco Indio americano o nativo de Alaska

**Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido** (Completar una solicitud por familia)

Anexo C: 2022-23

No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)				
Conversión del ingreso anual:	Semanal X 52	Cada 2 semanas X 26	Dos veces al mes X 24	Mensual X 12
Cantidad total de integrantes de la familia: _____	<input type="checkbox"/> Gratuitas <input type="checkbox"/> Reducidas <input type="checkbox"/> Rechazado			Motivo del rechazo:
Ingreso total: _____ por	<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Elegible según categoría:			<input type="checkbox"/> Ingreso demasiado elevado
<input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Niño en custodia <input type="checkbox"/> Sin hogar/Migrantes/Refugiados:			<input type="checkbox"/> Solicitud incompleta
<i>(Se requiere la documentación oficial en la Escuela)</i>				
Firma del funcionario que determina:			Fecha de aprobación:	
<b>PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:</b>				Fecha de retiro de la escuela:
Firma del funcionario que confirma:			Fecha de confirmación:	
Firma del funcionario que verifica:			Fecha de verificación:	

**Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido si su ingreso familiar se encuentra en el límite o debajo de los límites que se detallan en dicho cuadro.**

<b>INGRESO FEDERAL</b> escolar 2021-22					
		Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
		25,142	2,096	1,048	967
2	2	33,874	2,823	1,412	1,303
3	3	42,606	3,551	1,776	1,639
4	4	51,338	4,279	2,140	1,975
5	5	60,070	5,006	2,503	2,311
6	6	68,802	5,734	2,867	2,647
7	7	77,534	6,462	3,231	2,983
8	8	86,266	7,189	3,595	3,318
Cada persona adicional:	8,732	728	364	336	168

## **Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido** (Completar una solicitud por familia)

Anexo C: 2022-23

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba comidas gratuitas o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted envía la solicitud en nombre de un niño en custodia, si indica el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar y determinar los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones del programa, y con personal de fuerzas de seguridad para ayudarles a investigar infracciones en los reglamentos del programa.

---

### **Declaración de no discriminación**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por cualquier actividad de derechos civiles en el pasado en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de Queja de discriminación del Programa de USDA) (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA a:

(1) Por correo a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410, o

(2) por fax al (202) 690-7442; o

(3) por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.