



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

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: \_\_\_\_\_

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

X X X X X

Indique si no tiene SSN

**PASO 4** Información de contacto y firma de adulto Envíe la Forma Completa a: INSERT SCHOOL/DISTRICT MAILING ADDRESS

"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."

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

Calle y número de casa (si está disponible)

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

**Guías de Ingresos**

**Guía de Ingresos Para Niños**

| Tipo de ingreso   | Ejemplos  |
|---|---|
| Ingresos de empleo  | Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.  |
| Seguro Social:<br>-Pagos de discapacidad<br><br>-Beneficios de Sobrevivientes | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.<br><br>Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social. |
| Ingresos de personas fuera del hogar  | Un amigo o miembro de la familia extendida que <i>regularmente</i> le da dinero para gastar a un niño.  |
| Ingresos de cualquiera otra fuente  | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.  |



**Raza (Marque uno o más):**

**Guía de Ingresos Para Adultos**

| Ingresos de Empleo | Asistencia Pública/Mantenión de Menores/ Pensión Matrimonial | Pensiones/Jubileo/Otros Ingresos |
|--------------------|--|----------------------------------|
|                    |  |                                  |

## INSTRUCCIONES

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueldos, salarios, bonos en efectivo</li> <li>- El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beneficios de desempleo</li> <li>- Compensación del trabajador</li> <li>- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)</li> <li>- Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local</li> <li>- Pagos de pensión matrimonial</li> <li>- Pagos de manutención</li> <li>- Beneficios de veteranos</li> <li>- Beneficios de huelga</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro Social (incluyendo beneficios de jubileo de ferrocarril y de pulmón negro)</li> <li>- Pensiones privadas o de discapacidad</li> <li>- Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones</li> <li>- Anualidades</li> <li>- Ingreso de inversión</li> <li>- Interés ganado</li> <li>- Ingresos de alquiler</li> <li>- Pagos en efectivo regulares fuera del hogar</li> </ul> |
| <p><b>Si usted está en el militar EE.UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>)</li> <li>- Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa</li> </ul> |   |  |

## OPCIONAL 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 afectará la elegibilidad de sus niños para comida gratis o a precio reducido.

### Etnicidad (Marque Uno):

Hispano o Latino      No Hispano o Latino

Indio Americano o Nativo de Alaska      Asiático      Negro o Africano Americano      Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacífico 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 Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo 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 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 para actividades antes de los derechos civiles 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. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, favor de completar el Formulario de USDA Queja de discriminación del Programa, 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 favor de escribir una carta dirigida USDA y favor de poner 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 una carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 EE.UU.; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.