

**Parte 1: Niños que asisten a la escuela**

Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela, incluidos los niños en custodia. Si todos los niños que se indican son niños en custodia, omita la Parte 4 para firmar el formulario. (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Marque la casilla que aparece a continuación si el niño es un niño en custodia	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Grado
	<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, FDPIR)**

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR:   
(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)**

<b>1. Miembros de la familia</b> 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.	<b>2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió</b>					
	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 <input type="checkbox"/>	

**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

**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: _____ Ingreso total: _____ por _____ <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"/> Gratuitas <input type="checkbox"/> Reducidas <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Elegible según categoría: <input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Niño en custodia <input type="checkbox"/> Ingreso demasiado elevado <input type="checkbox"/> Solicitud incompleta
--	---

Firma del funcionario que determina: \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

**PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:**

Firma del funcionario que confirma: \_\_\_\_\_ Fecha de confirmación: \_\_\_\_\_  
 Firma del funcionario que verifica: \_\_\_\_\_ Fecha de verificación: \_\_\_\_\_

Fecha de retiro de la escuela: \_\_\_\_\_

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.

CUADRO DE INGRESO FEDERAL para el año escolar 2016-17					
Cantidad de integrantes de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	21,978	1,832	916	846	423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Cada persona adicional:	7,696	642	321	296	148

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.

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) Correo postal: 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; o
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.