

Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido 2022-2023

Complete una solicitud por hogar. Complete la solicitud en tinta (no en lápiz).

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
Formulario escolar núm. 521/2021

PASO 1

Enumere a TODOS los miembros del hogar que sean recién nacidos, niños y estudiantes hasta grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte una hoja de papel)

	Nombre del niño	Apellido del niño	Inicia del segundo nombre	¿Ea estudiante?	Sólo para estudiantes: Nombre de la escuela	Sólo para estudiantes: Fecha de nacimiento	Sólo para estudiantes: Grado	¿Vive con los padres o un familiar? Si No	Niño bajo el cuidado de su tío/a?
1									
2									
3									
4									
5									

PASO 2

¿Participa algún miembro del hogar (incluso) actualmente en uno o más de los siguientes programas asistenciales: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

No > vaya la PASO 3 Si > Ingrese el número de caso y proceda con el PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso: / / / / / / / / / /

Ingrese un único núm. de caso en este espacio.

PASO 3

Indique los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta fue 'Si' en el PASO 2)

Lea Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido para más información.

La sección Fuentes de ingresos de los niños lo ayudará a responder la pregunta sobre Ingresos de los niños. La sección Fuentes de ingresos de los adultos lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

A. Ingresos del niño

Algunas veces, los niños pueden obtener ingresos. Incluya el TOTAL de ingresos percibidos por todos los niños del hogar enumerados en el PASO 1 del presente documento.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluso usted)

Enumere a todos los miembros del hogar no enumerados en el PASO 1 (incluso usted) aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si no recibe ingresos, indique el ingreso total (bruto) antes de cualquier impuesto o deducción de cada fuente en números enteros (sin centavos) expresados en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ingrese '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingreso alguno que informar.

Nombres y apellidos de los miembros adultos del hogar	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?						
	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes
1															
2															
3															
4															
5															

Total de miembros del hogar (Niños y adultos)		Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (NSS) del miembro que recibe el salario principal u otro miembro adulto del hogar			
		X	X	X	X

PASO 4

Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a : 5050 N US HWY 33 Ligonier, IN 46767

Certifico (garantizo) que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporciona con relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tengo conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales.

Nombre del adulto que completa el formulario (en letra de imprenta)	Fecha de hoy
Dirección (si está disponible)	Teléfono diurno y dirección de correo electrónico (opcional)

PASO 5

Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.

¿Desea recibir ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?

☐ Sí
☐ No

Si la respuesta es Sí, firme 
a la derecha

Certifico que soy el padre/tutor legal del/los niño(s) respecto del/los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TÍTULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.

Para uso exclusivo de la escuela:
☐ Aprobado
☐ Denegado
☐ No Aplica

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de Medicaid o Hoosier Healthwise. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. **Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.**

Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-389-9949.

Firma del adulto que completa el

Fecha de hoy

OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

Origen étnico (seleccione una opción):

☐ Hispano o latino
☐ No hispano ni latino

Raza (seleccione una o más opciones):

☐ Indígena de EE. UU. o Alaska
☐ Asiática
☐ Negra o afroamericana
☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
☐ Blanca

Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.

La ley de esfuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPRI). Si bien el número de identificación del FDPRI para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de alimentos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales y locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Reclamación al (800) 877-8338. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
(2) fax:
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA

INCOME CONVERSION TO YEARLY:

WEEKLY X 52 EVERY 2 WEEKS X 26 TWICE A MONTH X 24 MONTHLY X 12

ELIGIBILITY DETERMINATION

Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income: \$ _____ per: ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly
OR Categorical Eligibility: ☐ Food Stamps/TANF ☐ Migrant ☐ Homeless ☐ Runaway ☐ Foster
Eligibility Determination: ☐ Approved Free ☐ Approved Reduced price ☐ Denied
Reason for Denial: ☐ Income Too High ☐ Incomplete Application ☐ Other _____
Signature of Determining Official: _____ Date: _____

Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Application Direct Verified? Yes ☐ No ☐

Confirmation Review Official: _____	Verification Results: ☐ No Change ☐ Free to Reduced ☐ Free to Paid ☐ Reduced to Free ☐ Reduced to Paid	Reason for Change: ☐ Income: ☐ Household Size: ☐ Change in Food Stamps /TANF ☐ Did not respond ☐ Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____
Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: ☐ Food Stamps / TANF Case Number ☐ Household Size and Income ☐ Other _____	Date Change Made: _____	
Date Response Due from Households: _____			
Date Second Notice Sent (or N/A): _____			
Request for Appeal Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____	Verifying Official's Signature: _____		Date: _____