

Date Withdrew _____

F ___ R ___ D ___

2023-2024 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a

**Ichabod Crane Central School
2910 Rte. 9
Valatie, New York 12184**

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- _____

No tengo un SS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el " no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a _____. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos 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 funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

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](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf 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; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

HOJA INFORMATIVA DE SOLICITUD DE COMIDA GRATUITA O A PRECIO REDUCIDO

Al completar el formulario de solicitud, preste especial atención a estos útiles consejos.

Número de caso SNAP/TANF/FDPIR: Este debe ser el número de caso válido completo que le proporcionó la agencia, incluidos todos los números y letras, por ejemplo, E123456, o cualquier combinación que se use en su condado. Consulte una carta que recibió de su Departamento de Servicios Sociales local para obtener su número de caso o comuníquese con ellos para obtener su número.

Niño de crianza: Un niño que vive con una familia pero que está bajo el cuidado legal de la agencia de asistencia social o del tribunal puede figurar en su solicitud familiar. Indique los ingresos de “uso personal” del niño. Esto incluye solo aquellos fondos proporcionados por la agencia que se identifican para el uso personal del niño, como asignaciones para gastos personales, dinero recibido por su familia o de un trabajo. Los fondos proporcionados para vivienda, alimentos y cuidados, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño de crianza. Escriba “0” si el niño no tiene ingresos para uso personal.

Hogar: Un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

Miembros adultos de la familia: todas las personas relacionadas y no relacionadas que tienen 21 años de edad y más que viven en su casa.

Financieramente independiente: Una persona es financieramente independiente y una unidad económica/hogar separada cuando sus ingresos y gastos no son compartidos por la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en una misma residencia se caracterizan por el prorrateo de gastos y por la independencia económica entre sí.

Ingreso bruto actual: dinero ganado o recibido en el momento actual por cada miembro de su hogar antes de las deducciones. Ejemplos de deducciones son impuestos federales, impuestos estatales y deducciones del Seguro Social. Si tiene más de un trabajo, debe enumerar los ingresos de todos los trabajos. Si recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión alimenticia, pensión alimenticia, etc.), debe enumerar los ingresos de todas las fuentes. Solo los agricultores, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores migrantes y otros empleados de temporada pueden usar sus ingresos de los últimos 12 meses informados en sus formularios de impuestos 1040.

Ejemplos de ingresos brutos son:

- Sueldos, salarios, propinas, comisiones o ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingreso agrícola neto: ventas brutas menos gastos únicamente, no pérdidas
- Pensiones, anualidades u otros ingresos de jubilación, incluidos los beneficios de jubilación del Seguro Social
- Compensación por desempleo • Pagos de asistencia social (no incluye el valor de SNAP)
- Pagos de Asistencia Pública • Asistencia de adopción
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes
- Pagos de pensión alimenticia o manutención de niños
- Beneficios por discapacidad, incluida la compensación del trabajador
- Beneficios de subsistencia de veteranos
- Ingresos por intereses o dividendos
- Efectivo retirado de ahorros, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar las comidas de un niño
- Otros ingresos en efectivo

Exclusiones de ingresos: el valor de cualquier cuidado infantil proporcionado o organizado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso de los costos incurridos por dicho cuidado bajo el Child Care Development (Block Grant) Fund no debe considerarse como ingreso para este programa. .

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, comuníquese con:

Todd DiGrigoli
Directora de Servicio de Alimentos
518-758-4208