

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use un bolígrafo (no un lápiz). \*\* Si se le ha notificado este año escolar que su hijo está aprobado para comidas gratis, NO complete este formulario

**PASO 1**

Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

| Primer Nombre de Niño | IM | Apellido de Niño | S/N | ¿Estudiante? | ¿Estudiante? | ID # | Grado | Nombre de escuela | Niño Foster | Desapareados Migrantes Efectivo |
|-----------------------|----|------------------|-----|--------------|--------------|------|-------|-------------------|-------------|---------------------------------|
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |
|                       |    |                  |     |              |              |      |       |                   |             |                                 |

**PASO 2- Particpa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPJR? Circle su respuesta**

Si usted indicó NO > Complete PASO 3. Si usted indicó SI > Escriba aquí el número de su caso y

Escriba sólo un Idaho número de caso en este espacio

**PASO 3- Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Si' en el PASO 2)**

**Definición de Miembro de casa**  
 "Cualquiera que está viviendo con usted y comparte ingresos y gastos, incluso si no relacionado."  
 Ingresos debe ser Reportado como bruto Ingreso solamente  
 Entrar ingreso como Seminal, quincenal, 2x meses, 0 mensual, NO por hora. escribir Un "g" en cualquier Campo donde no hay El ingreso a informar

**A. Ingreso del Niño**

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (Incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

| Ingresos | ¿Con qué frecuencia?     |                          | ¿Con qué frecuencia?     |                          | ¿Con qué frecuencia?     |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|          | semanal                  | quincenal                | 2x Mes                   | 1x mes                   | semanal                  | quincenal                |
|          | <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"/> |
|          | <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"/> |
|          | <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"/> |
|          | <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"/> |

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

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

Indique si no hay SSN

Calle y número de casa (si está disponible)

Apartamento #

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

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono y correo electrónico (opcional)

Fecha de hoy:

**INSTRUCCIONES Fuentes de ingresos**

| Fuente de ingresos de niños   |   |
|---|---|
| Fuentes de ingreso del niño   | Ejemplo(s)  |
| - Ingresos profesionales  | - Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario  |
| - Seguridad Social<br>- Pagos por discapacidad<br>- Beneficios al sobreviviente | - Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social<br>- Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social |
| - Ingresos de una persona ajena a la vivienda                                   | - Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño   |
| - Ingresos de cualquier otra fuente   | - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso   |

| Fuente de ingresos de adultos  |  |  |
|--|--|--|
| Ingresos profesionales   | Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil   | Pensión / jubilación / otros   |
| - Sueldo, salario, bonos en efectivo<br>- Ingresos netos como autónomo (granja o negocio propio)<br><br>Si está en el Ejército de Estados Unidos:<br><br>- Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluye el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda)<br>- Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa | - Prestación por desempleo<br>- Indemnización laboral<br>- Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income)<br>- Ayuda económica del estado o gobierno local<br>- Pagos de pensión alimenticia<br>- Pagos de manutención infantil<br>- Prestaciones para los veteranos<br>- Prestación por huelga | - Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neurocoñosis)<br>- Pensiones privadas o prestación por discapacidad<br>- Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles<br>- Anualidades<br>- Ingresos de inversión<br>- Intereses ganados<br>- Ingresos de alquiler<br>- Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda |

**OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños**

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 (marque uno):  Hispano o latino  No hispano o latino  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

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

La Ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro Identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Date received by district official: \_\_\_\_\_

**No rellenar** Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often?

|                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weekly                | Bi-Weekly             | 2x-Month              | Monthly               |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Household size

Categorical Eligibility

|                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Free                  | Reduced               | Defied                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Eligibility:

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA. (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible 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 con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410  
fax: (202) 690-7442; o  
correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

\*Solo use esta dirección si está presentando una queja por discriminación