2025-26 Solicitud del hogar para comidas escolares gratuitas y de precio reducido Household Application for Free and Reduced Price Meals

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). En la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP), la recepción de comidas gratuitas no depende del envío de esta solicitud; sin embargo, esta información es necesaria para otros programas.

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):

PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudianto	es de hasta 12º grado	. Adjunte otra h	oja si necesita	espacio para ı	más nombres.								
Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño, El primer nombre del niño/a	as que asisten a otras escu MI Apellido(s)	•	no asisten a la escu	ela y los niño/as q	ue no solicitan ben	neficios. Esto in Grado	•	-	ue no tiener d Migrante	•		•	n en su hogar.
							nes					- 1	narcó una de
							las opcio spondan.					con	as casillas, Isulte las
							que todas las opciones que correspondan.					de	trucciones la solicitud,
							Mar					- 1	so 1: Parte C arte D.
PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Prograr							sistencia	Temporal	para Fam	lias			
NO → Continúe al PASO 3. SÍ → Escriba el número de caso aq		OMBRE DEL PI		(FDFIR, poi sus	Número	: DE CASO (NO EI IICA DE BENEFI							
	, 		Badgercare, M	edicaid y Summer E	BT no son elegibles.	NICA DE BENEFI	CIO3 [EB1,]	poi sus sigias	s en mgles]).	Escriba solo	un número	o de caso	o en este espacio.
PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los in	igresos de cada uno o	le ellos (antes d	e impuestos y	deducciones)									
mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresc únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe in	gresos de ninguna fuent	e, escriba "0". Si es	cribe "0" o deja al	gún campo en l	olanco, certifica (garantiza) qı	ue no hay	/ ingresos	Que declar Pensiones, jubil Seguridad de In (SSI, por sus si	ar. ación, seguridad social greso Suplementario	ı		ncia se reciben?
Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	Semanalmente 2 sem	da 2 veces	_ A	Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	Cada Semanalmente 2 semar	2 veces	Mensualmente	Veteranos (VA,	por sus siglas en os demás ingresos	Semanalmente 2	Cada	2 veces al mes Mensualment
	\$	0 0	0 0	S		0 0	0	0	\$		0	0	0 0
	\$	0 0	0 0	S		0 0	0	0	\$		0	0	0 0
	\$	0 0		S		0 0	0	0	\$		0	0	0 0
	\$	0 0		S		0 0	0	0	\$		0	0	0 0
	\$	0 0	0 0	S		0 0	0	0	\$		0	0	0 0
Obligatorio: Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)	Obligatorio : Cuatro de Seguro Social de principal u otro mie corresponde)		a el salario	įC	Marque si no tiene de Seguro Social Con qué frecuencia se Gada 2 veces	L							entes de solicitud.
B. Ingresos de los niño/as A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que s	•	PASO 1.	Ingresos de los ni	ño/as Semanalmento	2 semanas al mes Me	ensualmente Anualmente	2	L					
PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUE	.VA EL FORMULARIO C	OMPLETADO A LA	A ESCUELA DE S	U NIÑO/A: Escr	riba aquí la direcc	ción de la esc	uela						
"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si propor													
Nombre on lette de imprente del adulte que finare el fermade i		liantonia Circo I	al adulto					مجامع المعام					
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Oi	oligatorio: Firma de	ei aduito				F-	echa de ho	y .				
Dirección postal (si está disponible) Ciudad		Estado	Código posta	I	Teléfono (opcior	nal)		orreo elect	rónico (opo	tional)			

Fuentes de ingresos							
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos					
 sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: pago básico y bonos en efectivo (NO incluya popor combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada) subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta 	beneficios por desempleo compensación para los trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) asistencia en efectivo del estado o el gobierno local pagos de manutención pagos de pensión alimenticia beneficios para veteranos beneficios por huelga	 seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) pensiones privadas o beneficios por discapacidad ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anualidades ingresos por inversiones intereses devengados ingresos por arrendamiento pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas 					

	Ejempios de ingresos de los nino/as
•	Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
•	Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.
	Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
	Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de	e los niño/as. Esta ir	formación es confidencial y es po	sible que esté protegida por la Ley	de Privacidad de 1974.	
Estamos obligados a pedir información sobre la ra Responder esta sección es opcional y no afecta la	, ,		. ,, , .	ue sirvamos plenamente a nuestra comuni	dad.
Origen étnico (marque una opción): Hispano o latir	no (una persona de cultura	u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, s	udamericano o centroamericano, o de otra culti	ura u origen español, independientemente de la raza)	Ni hispano ni latino
Raza (marque una o más opciones):	ricano o nativo de Alaska	Asiático Negro o afroamer	cano Nativo de Hawái o de otras islas	s del Pacífico Blanco	
Devuelva este formulario completado a la escuela del Departamento de Agricultura de los EE. UU.	ı de su niño/a. * <u>No</u> e	nvíe por correo postal, fax o correo	electrónico las solicitudes completa	adas a la Oficina del Secretario Adjunto de	Derechos Civiles
NO LLENAR Solo para uso de la escuela.		*If all stude	nts listed on this application attend CEP schools, t	the processing of this application cannot be paid for by the	nonprofit school food service account.
Annual Income Conversion: Weekly × 52, Every 2 W Total Income Weekly	How often?	nth × 24, Monthly × 12. Do not annua Household size	alize income to determine eligibility un	Reduced Denied	1.
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asequrarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por 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 comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.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:

rreo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o

Correo

nico: program.intake@usda.gov.

*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.