

DISTRITO ESCOLAR CONSOLIDADO RED CLAY
SOLICITUD DE BENEFICIOS DE COMIDAS ESCOLARES PARA EL AÑO ESCOLAR 2016-17

PASO 1 Indicar **TODOS** los miembros del hogar que son bebés, niños y alumnos hasta 12º grado inclusive (adjuntar otra hoja separada con nombres adicionales si es necesario)

Definición de Miembro del Hogar: "Toda persona que vive con usted y que comparte el ingreso y los gastos, aunque no sea un familiar."
 Los niños en **Adopción temporal** y los niños que entran en la definición de **Sin vivienda, Migrantes o Fugitivos** son elegibles para recibir comidas gratis. Leer **Cómo solicitar Comidas Escolares gratis o a precio reducido** para mayor información.

Primer nombre del niño	Inicial seg. nombre	Apellido del niño	Nombre de la escuela (Indicar N/A si el niño no asiste a la escuela)	¿Alumno? Sí No	Niño en adopción temporal	Sin vivienda, migrante, fugitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 ¿Participa actualmente algún miembro del hogar (incluyendo usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP o TANF? Marcar uno: Sí / No

Si su respuesta es **NO** > Completar el PASO 3. Si su respuesta es **SÍ** > Escribir aquí el número de caso y luego ir al PASO 4 (No completar el PASO 3)

Número de caso:

Escribir solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Indicar el ingreso de **TODOS** los miembros del hogar (Saltar este paso si respondió 'Sí' al PASO 2)

Por favor leer **Cómo solicitar Comidas Escolares gratis o a precio reducido** para mayor información.

La Sección sobre **Fuentes de ingreso infantil** lo ayudará con la pregunta sobre el **Ingreso Infantil**. La Sección sobre **Fuentes de ingreso adulto** lo ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

A. Ingreso infantil

A veces los niños en el hogar reciben ingresos. Por favor incluir el ingreso TOTAL recibido por todos los Niños enumerados en el PASO 1 de esta solicitud. Si ninguno de los niños recibe ingresos, indicar N/A en el casillero.

¿Con qué frecuencia?

Ingreso infantil \$ Semanal Bisemanal 2x Mes Mensual

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyendo usted)

Enumerar todos los miembros del hogar no enumerados en el PASO 1 (incluyendo usted) **aun si no reciben ingresos**. Al lado de cada Miembro del Hogar enumerado, si recibe ingreso, indicar el ingreso total de cada fuente en dólares enteros únicamente. Si no recibe ingreso de fuente alguna, escribir '0'. Si indica '0' o deja algún espacio en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso alguno para declarar.

Nombre de los Miembros Adultos del Hogar (Primer nombre y apellido)	Ingresos del Trabajo antes de deducciones	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ Pensión alimenticia niños/Pensión alimenticia conyugal	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/Retiro/SSI/ Todo otro ingreso	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) de la persona que recibe mayores ingresos u otro miembro adulto del hogar

Marcar si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

"Yo certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido declarado. Comprendo que esta información es brindada en relación con el recibo de fondos Federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Sé que si brindo información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y yo puedo ser demandado judicialmente de conformidad con las leyes estatales y federales."

Dirección (si está disponible) N° de Apto. Ciudad Estado Código Postal Teléfono durante el día e Email

Nombre del adulto que completa la solicitud

Firma del adulto que completa la solicitud

Fecha de hoy

PASO 5 Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado de Delaware

¡NO! No deseo que la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid ni con el Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado de Delaware (CHIP). Para mayor información sobre DECHIP, llamar al: 1-800-996-9969. SI NO MARCA ESTE CASILLERO, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.

PASO 6 [Insertar Nombre del Distrito/Escuela] Programas Específicos

¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir la información de esta solicitud de beneficios de comidas escolares con funcionarios del distrito escolar Red Clay para los siguientes programas: para determinar la elegibilidad para recibir becas, servicios del Título 1 o exámenes odontológicos/de la vista; exenciones de aranceles del College Board para Exámenes AP (PSAT, SAT, ACT); reducción de aranceles de excursiones.

OPCIONAL Identidad Racial y Étnica de los Niños

Estamos obligados a solicitarles información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de estar sirviendo por completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marcar una): Hispano o Latino No Hispano ni Latino

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico Negro o Afroamericano Asiático Blanco

Raza (marcar una o más):

NO COMPLETAR ESTA PARTE, ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA.

If income frequencies vary, use the Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Biweekly, Twice a Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richardson B. Russell exige la información de este formulario de beneficios alimenticios. Usted no tiene la obligación de otorgar la información, pero si no lo hace, no podemos dar la aprobación para que su hijo reciba comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son requeridos en caso de que solicite los beneficios para un niño adoptado temporalmente o que indique un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) u otro dato que identifique a su hijo para el FDPIR, o en caso de que indique que el miembro adulto que firma el formulario no tiene un número del seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno escolar. Nosotros PODEMOS compartir la información sobre su elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de los programas y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

Conforme a la legislación federal de derechos civiles y a las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA no pueden discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retaliación por actividad previa de derechos civiles, en todo programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para acceder a la información sobre el programa (por ej. Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, hipoacúsicas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal Relay al (800) 877-8339. Además la información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, completar el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA (AD-3027) disponible online en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta a USDA conteniendo toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llamar al (866) 632-9992. Presentar el formulario completo o carta a USDA por:

- (1) correo a: 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) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.