

Devuelva la solicitud completada a: Blessed Sacrament School

Parte 1: Niños que asisten a la escuela

| | | | |
|--|--|--|-------|
| Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela, incluidos los niños en custodia. Si todos los niños que se indican son niños en custodia, omita la Parte 4 para firmar el formulario. (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | Marque la casilla que aparece a continuación si el niño es un niño en custodia | Nombre de la escuela a la que el niño asiste | Grado |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |
| | <input type="checkbox"/> | | |

Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR:
 (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)

| | | | | | | |
|---|--|------------|---|------------|--|------------|
| 1. Miembros de la familia Indique el nombre de todos los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en dólares, en números redondos (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso personal del niño en custodia. | 2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió | | | | | |
| | Ganancias de trabajo antes de las deducciones | | Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia | | Pensiones, jubilación y demás ingresos | |
| | Ingreso | Frecuencia | Ingreso | Frecuencia | Ingreso | Frecuencia |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Número total de miembros de la familia: _____ (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX – XXX – ____ – ____

Marque esta opción si no hay SSN

Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección (si está disponible): _____ Código postal: _____ Teléfono durante el día: _____

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Marcar una identidad étnica: – y – **Marcar una o más identidades raciales:**

Hispano o latino
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 No hispano ni latino
 Blanco
 Indio americano o nativo de Alaska

No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)

Conversión del ingreso anual:
 Semanal X 52
 Cada 2 semanas X 26
 Dos veces al mes X 24
 Mensual X 12

Cantidad total de integrantes de la familia: _____

Ingreso total: _____ por _____

Año
 Mes
 Dos veces al mes
 Cada dos semanas
 Semana

Gratuitas
 Reducidas
 Rechazado

Ingreso
 Motivo del rechazo:

Elegible según categoría:

SNAP/TANF/FDPIR
 Ingreso demasiado elevado
 Niño en custodia
 Solicitud incompleta

Firma del funcionario que determina: _____ Fecha de aprobación: _____

PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE: Fecha de retiro

| | | |
|-------------------------------------|------------------------|----------------|
| Firma del funcionario que confirma: | Fecha de confirmación: | de la escuela: |
| Firma del funcionario que verifica: | Fecha de verificación: | |

Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido si su ingreso familiar se encuentra en el límite o debajo de los límites que se detallan en dicho cuadro.

| CUADRO DE INGRESO FEDERAL para el año escolar 2018-19 | | | | | |
|--|--------|---------|-------------------|------------------|---------|
| Cantidad de integrantes de la familia | Anual | Mensual | Dos veces por mes | Cada dos semanas | Semanal |
| 1 | 22,459 | 1,872 | 936 | 864 | 432 |
| 2 | 30,451 | 2,538 | 1,269 | 1,172 | 586 |
| 3 | 38,443 | 3,204 | 1,602 | 1,479 | 740 |
| 4 | 46,435 | 3,870 | 1,935 | 1,786 | 893 |
| 5 | 54,427 | 4,536 | 2,268 | 2,094 | 1,047 |
| 6 | 62,419 | 5,202 | 2,601 | 2,401 | 1,201 |
| 7 | 70,411 | 5,868 | 2,934 | 2,709 | 1,355 |
| 8 | 78,403 | 6,534 | 3,267 | 3,016 | 1,508 |
| Cada persona adicional: | 7,992 | 666 | 333 | 308 | 154 |

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba comidas gratuitas o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted envía la solicitud en nombre de un niño en custodia, si indica el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) u otro identificador del FDIPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar y determinar los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones del programa, y con personal de fuerzas de seguridad para ayudarles a investigar infracciones en los reglamentos del programa.

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de los programas o actividades manejados o patrocinados por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o escriba una carta al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) Correo postal: 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 ofrece igualdad de oportunidades.