

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2011/2012 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

AVISO:

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
- Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.

1 INFORMACIÓN DEL HOGAR Nombre de la persona que completa esta solicitud (**Apellido, Primer nombre**)

Nombre Escriba

Dirección postal – Apt # _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) _____

Teléfono del trabajo _____

➔ Número de integrantes del hogar _____
(Escriba los nombres de **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) Sí (Complete las partes 2 y 5)

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3 BENEFICIOS Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre _____ SNAP Número de caso _____ Siga abajo en la Parte 5
 TANF _____

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí (Siga en la Parte 5 y complete)

4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO – si no es mensual, vea las conversiones al dorso

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Liste todos los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar X _____ Firmado en _____ Mes/día/año
Número de Seguro Social * (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX- _____ No tengo número de Seguro Social

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica: Hispano o latino No hispano ni latino
Marque una o más identidades raciales: Asiático Indio americano y nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico Negro o afroamericano Blanco, no de origen hispano Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en Español Ruso Otro _____

7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado Firme aquí: _____

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos. Sí No

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on: SNAP/TANF FDPIR household income foster child's Income

Reduced based on: household income foster child's income

Denied – Reason: income too high incomplete application

Temporary: Free Reduced

Until: _____ Until: _____ (maximum 45 days each)

Determining Official's Signature : _____ Date _____

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

Miembros del hogar que cobran cada semana: Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas: Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses: Proyecte el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

PAUTAS FEDERALES PARA INGRESO

Sus hijos pueden calificar al menos para comidas a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro de los límites de esta tabla.

Tamaño del hogar	Comidas a precio reducido				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	20,147	1,679	840	775	388
-2-	27,214	2,268	1,134	1,047	524
-3-	34,281	2,857	1,429	1,319	660
-4-	41,348	3,446	1,723	1,591	796
-5-	48,415	4,035	2,018	1,863	932
-6-	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
-7-	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
-8-	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,067	589	295	272	136

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted hace la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporaria o lista el Programa de SNAP, un número de caso del Programa de Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF) o un identificador para su hijo del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzo y desayuno. **Podemos** compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden para ayudarles a detectar violaciones a la reglas de los programas. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Sistema Federal de Transmisiones al (800) 877-8339 o al número (866) 845-6136. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.