

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. *Tahoka ISD* ofrece alimentación sana todos los días escolares. El desayuno cuesta \$0.00; y el almuerzo cuesta \$2.50. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.** El precio reducido es \$0.00 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Si usted ha recibido una carta de notificación (la certificación directa) que indica un niño califica para recibir comida gratuita, no complete una solicitud. Diga a la escuela si hay algunos niños en el hogar asistiendo a la escuela, pero que no se incluyeron en la carta.

Las siguientes preguntas y respuestas, y las instrucciones adjuntas, proveen información adicional en como completar la solicitud. Complete sola una solicitud para todos los estudiantes en el hogar y entregue la solicitud completa a *Tahoka ISD Cafeteria or Terri Anderson P.O. BOX 1230 Tahoka, Texas 79373*. Si tiene preguntas sobre como solicitar comida gratuita o de precio reducido, póngase en contacto con *Brigette Lee or Janie Rendon 806-561 4233*.

1. **¿Quién puede recibir comida gratuita?**

- **Ingresos**— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar encaja en o debajo de los límites de las *Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
- **Participantes de programas especiales** — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
- **Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)**— Los niños adoptivos temporales (foster children, por sus siglas en inglés) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
- **Head Start, Early Head Start, y Even Start**— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
- **Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante** — Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a **806-561-4600**
- **Beneficiarios del Programa WIC** — Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.

2. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También, puede apelar la decisión llamando o escribiendo al **Dr. George McFarland P.O. BOX 1230 Tahoka, Texas 79373 (806) 561-4105**.

3. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo

por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe entregar una solicitud nueva a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

4. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Un niño con un padre, madre o guardián que pierde su trabajo puede calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso del hogar cae debajo del límite del ingreso establecido.
5. **¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre?** Reporte la cantidad que recibe normalmente. Si un miembro del hogar perdió un trabajo o le han reducido sus horas o su sueldo, use el ingreso actual.
6. **Estamos en las fuerzas armadas. ¿Tenemos que declarar nuestro ingreso diferente?** Su sueldo básico y los bonos en efectivo tienen que ser reportados como ingresos. Si recibe unos subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), tiene que incluirlos como ingresos. Si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar (Military Housing Privatization Initiative), no incluya este subsidio de vivienda como ingreso. Además, no cuente cualquier pago de combate adicional debido al despliegue militar como ingreso.
7. **¿Puedo solicitar si un miembro de mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido.
8. **¿Van a verificar la información que yo doy?** Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. **Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para enterarse de cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al *Terri Anderson 806-561-4600*.

Atentamente,

**Terri Anderson Business Manager**

# Charge Policy Effective August 1, 2014

Dear Parent/Guardian,

Tahoka ISD Food Services Department allows parents to charge meals during the school year as a courtesy to you. Our Charge Policy allows students to charge up to 5 Lunches on the 6<sup>th</sup> lunch the student will receive an alternative meal that consist of cheese sandwich, fruit and milk.

Parents are encouraged to make prepayments for lunch meals using checks, money orders or cash or by utilizing our online prepayment system. Paying weekly or monthly is appreciated and allows for faster service through the cafeteria lines.

Students are not allowed to charge any Ale Carte items this consist of snack bar, ice cream as well as any item sold on the serving (extra entrée, milk, or side items).

---

The U.S Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the *USDA Program Discrimination Complaint Form*, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

## Instrucciones para Solicitar Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido 2015 - 2016

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comida escolar gratuita o a precio reducido. Entregue sola una solicitud para su hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en *Tahoka ISD*. Use un bolígrafo (no un lápiz) para llenar la solicitud.

Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comida escolar gratuita o a precio reducido.

Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.

Póngase en contacto con *Brigette Lee or Janie Rendon 806-561-4233* con sus preguntas.

### PARTE 1: Liste a TODOS los miembros del hogar que son infantes, niños y estudiantes hasta e incluyendo grado 12.

- Liste el nombre de cada niño.
  - Escriba en letra imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios blancos. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.

*Instrucciones especiales:*

Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.

- Marque la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante de *Tahoka ISD*.
- Marque la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child, por sus siglas en inglés); un participante en los programas Head Start, Early Head Start, o Even Start; o como un niño identificado como de no tener hogar, ser migrante, o ser fugitivo.

*Instrucciones especiales:*

La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Los niños adoptivos temporales (foster children) que viven en el hogar pueden ser considerados como miembros del hogar y puede incluirlos en la solicitud. Si va a entrega la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Parte 1, ignore las Partes 2 y 3, y pase a la Parte 4.

Si todos los niños del hogar participan en alguno de los programas indicados, ignore las Partes 2 y 3, y pase directamente a la Parte 4.

### PARTE 2: ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)?

- Si nadie en el hogar recibe beneficios de los programas indicados ignore las preguntas siguientes en la Parte 2, y pase directamente a la Parte 3.
- Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDPIR

Reporte el número de Determinación de Calificación (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio, ignore la Parte 3, y pase a la Parte 4.

Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos para Comida a Precio Reducido					
Miembros en el hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$21,775	\$1,815	\$908	\$838	\$419
2	\$29,471	\$2,456	\$1,228	\$1,134	\$567
3	\$37,167	\$3,098	\$1,549	\$1,430	\$715
4	\$44,863	\$3,739	\$1,870	\$1,726	\$863
5	\$52,559	\$4,380	\$2,190	\$2,022	\$1,011
6	\$60,255	\$5,022	\$2,511	\$2,318	\$1,159
7	\$67,951	\$5,663	\$2,832	\$2,614	\$1,307
8	\$75,647	\$6,304	\$3,152	\$2,910	\$1,455
<i>Para cada miembro adicional de la familia, aumente:</i>					
	+ \$7,696	+ \$642	+ \$321	+ \$296	+ \$148

### PARTE 3: Declare el Ingreso de Todos los Miembros del Hogar.

#### Sección A. Ingresos de los Niños del Hogar

- **Reporte** los ingresos para todos los niños del hogar y con qué frecuencia se reciben. **No incluya los ingresos para los adultos del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los adultos en la Parte 3, Sección B.**

#### Instrucciones especiales:

No es necesario reporte los ingresos de los niños individualmente. Añada los ingresos y reporte los ingresos por la frecuencia. Por ejemplo, añada todos los ingresos recibidos semanalmente y ponga el monto total en el espacio indicado "Semanal=W."

La tabla "Fuentes de Ingresos para Niños" (a la derecha) incluye información adicional y describa los ingresos usted necesita poner en esta parte de la solicitud.

#### Sección B. Ingresos de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)

- **Escriba** el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios blancos

Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. **No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Parte 3, Sección A.**

#### Instrucciones especiales:

En esta sección, incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. **No incluya** las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye un parte de sus ingresos propios al hogar.

**Reporte** el monto de los ingresos que el adulto recibe en la columna apropiada (que indica el tipo del ingreso)

- Sueldo de trabajo
- Asistencia pública/Manutención de niños/Pensión alimenticia
- Pensiones/Jubilación/Seguro social/SSI
- Otros ingresos

#### Instrucciones especiales:

Reporte solo el ingreso bruto total y escríbalo en dólares totales (redondeados sin incluir centavos). **El ingreso bruto es el monto que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y las deducciones. No es el dinero que lleva a casa.** Asegúrese que el ingreso bruto reportado en la solicitud no se ha reducido por los impuestos, la prima de seguros, u otras deducciones. La tabla "Fuentes de Ingresos para Adultos" incluye información adicional y describa los ingresos usted necesita poner en esta parte de la solicitud. Puede incluir los niños adoptivos temporales (foster children) como miembros del hogar, pero no se requiere.

Si no hay ingresos para reportar, escriba "0". Si deja los espacios de ingresos en blanco, se considerarán como "0." Si pone un "0" o deja un espacio en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos para reportar. Si se enteran los oficiales de la escuela que los ingresos del hogar se han reportado incorrectamente, la solicitud será verificada por causa.

#### Fuentes de Ingresos Para Niños

##### Sueldo de trabajo

Por ejemplo: Un niño tiene un trabajo y gana un sueldo o pago.

##### Seguro Social, Beneficios por incapacidad

Por ejemplo: El niño es ciego o con incapacidad y recibe beneficios de Seguro Social.

##### Seguro Social, Beneficios para Sobrevivientes

Por ejemplo: El padre o madre tiene una incapacidad, es jubilado, o muerte, y su niño recibe beneficios del Seguro Social.

##### Ingresos de otras fuentes

Por ejemplo: Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, de la anualidad, o un de un fideicomiso.

- **Marque con un círculo** la frecuencia en que se recibe el ingreso.
  - W = Semanal
  - E = Cada dos semanas
  - T = Dos veces por mes
  - M = Mensual
  - A = Anualmente
- **Reporte** el total de los miembros del hogar (niños y adultos) en el espacio apropiado.
 

*Instrucciones especiales:*  
Este número TIENE QUE SER la suma de todos los miembros del hogar indicados en la Parte 1 y la Parte 3. Si hay algunos miembros del hogar que no se han indicados en la solicitud, añádalos. Es muy importante que reporte todos los miembros del hogar, como el tamaño del hogar determine la elegibilidad del hogar.
- **Escriba** los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN.
 

*Instrucciones especiales:*  
No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.

**PARTE 4: Ponga la Información de Contacto y Firma (de Adulto)**

- **Lea** la declaración de certificación.
- **Escriba** su dirección actual y la información de contacto en los espacios. No se requiere el número de teléfono y/o un correo electrónico (son opcionales), pero nos ayudarían en ponernos en contacto con usted más rápido.
 

*Instrucciones especiales:*  
Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.
- **Escriba en letra imprenta** en el espacio el nombre del adulto que ha llenado la solicitud.
- **Firma** la solicitud.
 

*Instrucciones especiales:*  
Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por el adulto del hogar quien ha llenado la solicitud. Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (promete) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. Antes de que llene esta sección, lea la declaración de privacidad y la declaración de derechos civiles al reverso de la solicitud.
- **Escriba** la fecha de hoy en el espacio apropiado.

**Fuentes de Ingresos Para Adultos**

**Ingresos del Trabajo**

*Tipos generales de ingresos*

- Sueldo, pago, bonos en efectivo
- Pagos por huelga

*Fuerzas Armadas de EE. UU*

- Pago (sueldo) básico y bonos en efectivo (no incluya el sueldo de combate, ni el FSSA, ni los subsidios privados de vivienda.)
- Subsidios de vivienda/ ropa/ comida fuera de la base militar

*Trabajador Independiente*

- Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)— se calcule restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto

**Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia**

*(No ponga algún valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está indicado en la tabla.)*

- Pago por desempleo
- Compensación laboral
- Ingreso Complementario del Seguro Social (SSI)
- Asistencia en efectivo del gobierno local o del estado
- La pensión alimenticia
- Pagos de manutención de niños – Si recibe ingreso de manutención de niños o de la pensión alimenticia, solo reporte los pagos recibidos por órdenes judiciales. Los pagos informales y regulares deben ser reportados como “Otros Ingresos” en la sección por debajo.
- Beneficios para los veteranos de las Fuerzas Armadas de los EE.UU

**Pensiones/Jubilación**

- Seguro social (incluya la jubilación de ferrocarriles y los pagos de la enfermedad pulmonar del minero)
- Pensión privada o por discapacidad
- Ingreso de fideicomiso o de herencia
- Anualidades

**Otros Ingresos**

- Ingreso de inversión
- Intereses
- Ingresos de alquiler
- Pagos regulares en efectivo fuera del hogar

**Tahoka ISD) Solicitud de 2015-2016 de Comida Escolar Gratis y a Precio Reducido para Usos Varios (Multi-Use)**

Llene una solicitud para cada hogar. Por favor, use un bolígrafo (no un lápiz).

**Parte 1**  
 La definición de un **Miembro de Hogar:** Una persona que vive en su hogar y que comparte ingresos y gastos, aunque no sea paciente. Lea las instrucciones para obtener más información.  
**Los niños adoptivos temporales (foster), los niños identificados como de no tener hogar, fugitivos, migrantes, o los que participan en Head Start califican para recibir comida gratis.**

**Liste a TODOS los miembros del hogar que son infantes, niños y estudiantes hasta e incluyendo grado 12. Si necesita más espacio, use la hoja para anular miembros del hogar adicionales detrás.**

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Opcional: Número de identificación del estudiante	¿Asiste a la escuela en el distrito?	Marque todo lo que aplique:	Head Start	Sin hogar	Migrante	Fugitivo
1.	2.	3.	4.	5.	SI	NO	SI	NO	SI

**Parte 2**  
 Lea las instrucciones para obtener más información.  
**¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR?**  
 No > Pase directamente a la Parte 3.  
 Si > Escriba el número de Determinación de calificación (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio \_\_\_\_\_, y pase directamente a la Parte 4.

**Parte 3**  
 Lea las instrucciones para obtener más información.  
**Declare el ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).**  
**A. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar**  
 Anote los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por frecuencia. \$ \_\_\_\_\_ Semanal = W    Cada dos semanas = E    Dos veces por mes = T    Mensual = M    Anualmente = A  
**B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)**

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada dos semanas, T=Dos veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Pensiones/Subvención/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**Parte 4**  
 Lea las instrucciones para obtener más información.  
**Ponga su Información de Contacto y Firma (del Adulto)**  
 "Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX-\_\_\_\_

Marque si no tiene un SSN

Dirección/Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono y correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

El nombre del adulto que llenó la solicitud (Escriba en letra imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Hoja para Anotar Miembros del Hogar Adicionales — Solicitud de 2015-2016 de Comida Escolar Gratis y a Precio Reducido para Usos Varios (Multi-Use)**

**Parte 1, Adicional** Liste a TODOS los miembros del hogar que son irfantes, niños y estudiantes hasta e incluyendo grado 12. Si necesita más espacio, use la hoja para anotar miembros del hogar adicionales.

Liste el nombre de cada niño. ¿Asiste a la escuela en el distrito? Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Opcional: Número de identificación del estudiante	Si	No	Niño adoptivo temporal (foster)	Head Start	Sin hogar	Migrante	Fugitivo
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 3, Adicional** Declare el ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (ignore este parte si respondió "SI" en la Parte 2).

Primer Nombre del Adulto/Apellido	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Pensiones/subsidios/ Seguro social/SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Otros ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**Parte 5, (Opcional) Comparar la información con Otros Programas**

Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Por favor, marque con un círculo cualquier programa o beneficio de la lista siguiente del que usted desee recibir la información en esta solicitud. El hecho de llenar esta sección no cambiará si sus niños pueden recibir o no comida gratuita o a precio reducido.

Programas: Pre-K

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas de Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retención por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de cualquier programa pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: [programa.intake@usda.gov](mailto:programa.intake@usda.gov).

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

**No llene esta parte. Es solo para uso de la escuela.**

Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Every 2 Weeks x 26 | Twice a Month x 24 | Monthly x 12

Household Size:  Categorical Eligibility  Total Income: \_\_\_\_\_ Per  Week  Every 2 Weeks  Twice a Month  Monthly  Annually

Reviewing/Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Eligibility:  Free  Reduced  Denied

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Follow-Up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_