

INSTRUCCIONES PARA APLICAR

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE [FL, SNAP], [FL, TANF] O [EL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIAS (FDPIR)], siga estas INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere solo a los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce).

Parte 2: Enumere el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba **beneficios [FL, SNAP], [FL, TANF] o [FDPIR]**.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no SON** necesarios.

Parte 5: Responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario al **administrador** de su escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE [SNAP estatal], [TANF del estado], O [FDPIR] beneficios y si cualquier niño en su hogar está sin HOGAR, UN MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Si algún niño para el que está solicitando es sin hogar, migrante, en Head Start o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **[su escuela, enlace sin hogar, fugitivo, head start o coordinador de migrantes]**.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Completar solo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Consulte las instrucciones para Todos los demás hogares.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social no son necesarios si no necesita rellenar la Parte 3.

Parte 5: Responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario al administrador de su escuela.

SI ESTÁ SOLICITANDO UN HIJO FOSTER, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en el hogar son niños adoptivos:

Parte 1: Enumere a todos los niños adoptivos y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño adoptivo.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no SON** necesarios.

Parte 5: Responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario al **administrador** de su escuela.

Si algunos de los niños en el hogar son niños adoptivos:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla para cada niño adoptivo. Si algún niño que está solicitando no tiene hogar, migrante, en Head Start o fugitivo, marque la casilla correspondiente y si tiene preguntas llame a **SU escuela**.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Completar solo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Consulte las instrucciones para Todos los demás hogares.

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 5: Responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario al **administrador** de su escuela.

TODOS LOS OTROS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES WIC, SIGUEN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Si algún niño para el que está solicitando es sin hogar, migrante, Head Start, un niño adoptivo o un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **[su escuela o funcionario apropiado]**.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar a partir de este mes o el mes pasado.

1. **Sección 1–Nombre:** Enumere a todos los miembros del hogar con ingresos.
2. **Sección 2 –**
 1. **Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar que aparece en la sección 1, enumere cada tipo de ingreso recibido para el mes. Debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
 2. **Ganancias:** Asegúrese de enumerar los **ingresos brutos**, no el pago de la casa. El ingreso bruto es la cantidad obtenida *antes de* impuestos y otras deducciones. Usted debe ser capaz de encontrar en su talón de pago o su jefe puede decirle.
 3. **Ingresos recibidos de bienestar, manutención infantil y pensión alimenticia:** enumere la cantidad que cada persona recibió.
 4. **Ingresos recibidos de beneficios de jubilación, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sustes, por sustenes para Veteranos) y beneficios por** discapacidad: Enumere la cantidad que cada persona recibió.
 5. **Todos los demás ingresos:** Lista los beneficios de Compensación al Trabajador, desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, educación federal y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLO los autónomos, en *Ganancias del trabajo, informe de* **LOS** ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar u recibe el pago de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar caen en o por debajo de los límites en esta tabla:

TABLA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el Año Escolar 2020-2021			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	23,606	1,968	454
2	31,894	2,658	614
3	40,182	3,349	773
4	48,470	4,040	933
5	56,758	4,730	1,092
6	65,046	5,421	1,251
7	73,334	6,112	1,411
8	81,622	6,802	1,570
Cada persona adicional:	+8,288	+691	+160

Parte 4: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) pueden calificar, sin embargo se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. ¿Pueden los funcionarios de la escuela compartir la información dentro de esta aplicación con otros programas? Marque la casilla apropiada.

Parte 5: Responda a esta pregunta si lo desea.

Entregue el formulario al **administrador** de su escuela.



2021-2022

APLICACIÓN FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEVOLVER ESTA SOLICITUD A LA ESCUELA DE SU HIJO****

Nombres de <u>todos</u> los miembros del hogar (Primera, Inicial Media, Ultima)	Identificación del estudiante	Marque la casilla de abajo si el niño es un hijo adoptivo, sin hogar, migrante, fugitivo o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es un adoptivo, sin hogar, fugitivo, migrante o en Head Start, vaya a la parte 4 para firmar este formulario.					Haga una marca en la caja si NO tiene ingresos
		Foster	Homeless	Migrant	Runaway	Head Start	

PARTE 2. BENEFICIOS

SI ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE [FL, SNAP], [FDPIR] O [Asistencia estatal de TANF], proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe beneficios y salte a LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE A LA PARTE 3.

NOMBRE: _____ NOMBRE DEL PROGRAMA _____ NÚMERO DE CASO: (NO EL NUMERO DE LA TARJETA) _____

PARTE 3. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (ANTES DE LAS DEDUCCIONES). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla de la frecuencia con la que se recibe. REGISTRE CADA INGRESO SOLO UNA VEZ.

1. NOMBRE (ENUMERE SOLO A LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ																				
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, manutención de niños, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	X				\$150		X			\$0					\$0					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					

PARTE 4. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social". (Consulte La Declaración en el reverso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida, y puedo ser procesado. Entiendo que el estatus de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permita la ley.

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Número de teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * - _____ No tengo un Número de Seguro Social

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) pueden calificar, sin embargo su permiso es requerido. Esto no afectará su elegibilidad para comidas escolares. Los funcionarios de la escuela de mayo comparten la información dentro de esta aplicación con otros programas No Yes Child(s) también pueden calificar para un seguro médico y dental gratuito o de bajo costo con Florida KidCare. Solicite al floridakidcare.org o llame al 1-888-540-5437.

PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia:
 Hispano/Latino No hispano/latino
 Elija uno o más (independientemente de su origen étnico):
 Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

*******DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY*******

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

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

Reason for denial or withdrawal: _____ **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

*mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue,
SW
Washington, D.C. 20250-9410*

fax: (202) 690-7442; or

email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received