

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2014-2015 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 <u>Escriba</u> 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)
--	--

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	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 _____	<input type="checkbox"/> SNAP	Número de caso _____	Siga abajo en la Parte 5
	<input type="checkbox"/> TANF		

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí

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

Columna 1 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)	Columna 2 Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Columna 3 Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Columna 4 Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Columna 5 Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Columna 6 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-____-____	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social
---	---------------------------------	---	---

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Marque una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otra
Prefiero recibir toda la correspondencia en <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> 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: _____
<input type="checkbox"/> Free based on: <input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Foster child categorical <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Reduced based on: <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Denied – Reason: <input type="checkbox"/> income too high <input type="checkbox"/> incomplete application
Determining Official's Signature : _____ Date _____		

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 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-	21,590	1,800	900	831	416
-2-	29,101	2,426	1,213	1,120	560
-3-	36,612	3,051	1,526	1,409	705
-4-	44,123	3,677	1,839	1,698	849
-5-	51,634	4,303	2,152	1,986	993
-6-	59,145	4,929	2,465	2,275	1,138
-7-	66,656	5,555	2,778	2,564	1,282
-8-	74,167	6,181	3,091	2,853	1,427
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,511	626	313	289	145

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las 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.

USDA y esta institución son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidad igual a todos.