INSTRUCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES UN NIÑO O ADULTO QUE VIVA CON USTED

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE **FLORIDA SNAP, FLORIDA TANF, O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR)]**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce).
Part 2: Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios de: **Florida SNAP, Florida TANF,** o **FDPIR**
Part 3: Salte esta parte.
Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios
Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **[Nombre de Contacto]** en la escuela.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, Florida TANF**, O **FDPIR** Y SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ESTAN SIN HOGAR, ES EMIGRANTE, ABANDONADO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Part 1: Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de los niños (si lo conoce). Si algún niño para el que esta aplicando es sin hogar, emigrante, Head Start o fugitivo marque el casillero correspondiente y llame a **[your school, homeless liaison, runaway, head start or migrant coordinator]**.
Part 2: Salte esta parte.
Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.
Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 3
Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **[Nombre de Contacto]** en la escuela.

SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si <u>todos</u> los niños en la casa son hijos de crianza:
Part 1: Incluya los nombres de todos los hijos de crianza y el número de estudiante de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza
Part 2: Salte esta parte.
Part 3: Salte esta parte.
Part 4: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.
Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **[Nombre de Contacto]** en la escuela.

Si alguno de los niños en la casa son hijos de crianza:
Part 1: Incluya todos los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos deben marcar la casilla "**Sin Ingresos**" Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, emigrante o Head Start , marque la casilla correspondiente y si usted tiene preguntas llame a la escuela.
Part 2: Salte esta parte.
Part 3: Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.
Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero).
Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **[Nombre de Contacto]** en la escuela.

Part 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado

- **Sección 1–Nombre:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
  - **Ingresos Brutos y con qué frecuencia lo reciben:** Para cada miembro del hogar que se incluye en la parte 1, indicar que tipo de ingreso recibe durante el mes. y con cuanta frecuencia recibe el dinero: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual.
  - **Ingresos**: Asegúrese de anotar el **Ingreso Bruto,** no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrar esta información en el comprobante de pago, o su jefe le puede decir.
  - **Ingresos recibidos por asistencia social, manutención de los hijos o pensión alimenticia**: Escriba la cantidad que cada persona recibe
  - **Ingresos recibidos por concepto de Jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) o beneficios por discapacidad** : Escriba la cantidad que cada persona recibe.
  - **Otros Ingresos**: por Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la Educación Federal o pagos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Solo los trabajadores autónomos bajo ganancias de trabajo declara los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio de granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estas subvenciones como ingresos.

Part 4: Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero)
Part 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a [Nombre de Contacto] en la escuela.

Nombres de **todos** los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Número de Estudiante	*Marque en la casilla de abajo si el niño es de crianza, sin hogar, emigrante, fugitivo o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es de crianza, sin hogar, fugitivo, emigrante o Head Start, pase a la **Parte 4** y firme esta solicitud.*					*Marque la casilla si no tiene ingresos*
		Crianza	Sin Hogar	Emigrante	Fugitivo	Head Start	
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑
		❑	❑	❑	❑	❑	❑

PART 2. BENEFICIOS

SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE Florida SNAP, FDPIR o Florida TANF, PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA **PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.**

NONBRE:_____ NONBRE DEL PROGRAMA _____ NUMERO DE CASO: (NO EL NUMERO DE TARJETA)_____

PART 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES). Indique los nombres de las personas que reciben ingresos, cuanto recibe y con qué frecuencia lo recibe en la misma línea. REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

1. NOMBRE (ESCRIBA LOS NOMBRES **SOLO** DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	**2. INGRESO BRUTO** Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN																			
	Ganancias de trabajo **antes** de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como beneficios de desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juan Pérez	**$200**	X				**$150**		X			**$0**					**$0**				
	$					$					$					$				
	$					$					$					$				
	$					$					$					$				
	$					$					$					$				

PART 4. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS DIGITOS DEL SEGURO SOCIAL (FIRMA DE UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud debe escribir los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al reverso de la página.)

Yo certifico (prometo) Que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy, Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.

Firma: _____ Nombre :_____ Fecha: _____

Dirección:_____ Teléfono: _____

Correo Electrónico:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: * * * - * * - __ __ __ __ ❑ No tengo Número de Seguro Social

La información contenida en esta aplicación pudiera ser compartida con otros programas federals o locales de salud a cuales su(s) hijo(s) pudieran calificar, sin embargo su permiso serÁ necesario. Esto no afectarÁ su elegibilidad para los almuerzos de la escuela. Pudieran los oficiales de la escuela compartir la información de esta aplicación con otros porgramas? ☐ No ☐ Si Niños tambien pueden calificar para seguro medico y dental gratis o a precio bajo a través de Florida KidCare. La aplicación se puede encontrar en floridakidcare.org o puede llamar al 1-888-540-5437 para mas información.

PART 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia:
- ❑ Hispano/Latino
- ❑ No Hispano/Latino

Eliga una o más (independiente del grupo etnico):
- ❑ Asiático
- ❑ Negro o Afroamericano
- ❑ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ❑ Blanco
- ❑ Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los limites de esta tabla

TABLA FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS Para el Año Escolar 2019-2020			
Número de personas en el hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Adicional por persona:	+8,177	+682	+158

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Programa (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas Familias Necesitadas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o defi encias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por:

correo: 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; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

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