**Prototipo de solicitud para familias de comidas gratis o a precio reducido para el año 2024-2025**

## Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

Realice la solicitud en línea en [www.aecsd.education](http://www.aecsd.education)

**PASO 1 Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)**

### Nombre del niño

Definición de **miembro de la vivienda:** "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos,

aunque no estén emparentados".

Los niños en **régimen de acogida**

y los que encajan en la defi de **personas sin hogar, migrantes** o **fugados** tienen

derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

**Inicial del**

**segundo Apellido del niño**

**Grado**

¿Estudiante?

Niño en régimen

Sin hogar, migrante,

### nombre

Sí No

de acogida fugado

# 

Marque todo lo que corresponda

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP,ATNF o FDPIR?**

**En caso NEGATIVO** > Vaya al PASO 3. **En caso AFIRMATIVO >** Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

**Número de expediente:**

**PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)**

### Ingresos del niño

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

1. **Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)**

Ingresos del niño

**$**

¿Con qué frecuencia?

Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semanales | Quincenales | Bimensuales | Mensuales |
|  | | | |

(prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)

Ingresos profesionales

### $

¿Con qué frecuencia?

Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semanales | Quincenales | Bimensuales | Mensuales |
|  | | | |

### $

¿Con qué frecuencia?

Pensión/jubilación/ otros

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semanales | Quincenales | Bimensuales | Mensuales |
|  | | | |

### $

¿Con qué frecuencia?

### $ $ $

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semanales | Quincenales | Bimensuales | Mensuales |
|  | | | |

**$ $ $**

**$ $ $**

**$ $ $**

X

X

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| X | X | X |

#### Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

**Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal**

**u otro miembro adulto de la vivienda**

**Marque si no tiene SSN**

PASO 4 **Información de contacto y firma de un adulto**

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

# 

Dirección (si está disponible) Apartamento n.º Ciudad Estado Código postal Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario Firma del adulto Fecha de hoy

**INSTRUCCIONES Fuentes de ingresos**

|  |  |
| --- | --- |
| Fuente de ingresos de niños | |
| Fuentes de ingreso del niño | Ejemplo(s) |
| - Ingresos profesionales | - Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario |
| * Seguridad Social   + Pagos por discapacidad   + Beneficios al supérstite | * Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social * Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social |
| - Ingresos de una persona ajena a la vivienda | - Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño |
| - Ingresos de cualquier otra fuente | - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fuente de ingresos de adultos | | |
| Ingresos profesionales | Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil | Pensión / jubilación / otros |
| * Sueldo, salario, bonos en efectivo * Ingresos netos como autónomo (granja o negocio)   Si está en el Ejército de Estados Unidos:  -Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)   * Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa | * Prestación por desempleo * Indemnización laboral * Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) * Ayuda económica del estado o gobierno local * Pagos de pensión alimenticia * Pagos de manutención infantil * Prestaciones para los veteranos * Prestación por huelga | * Seguridad Social (incluidas   las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis)   * Pensiones privadas o prestación   por discapacidad   * Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles * Anualidades * Ingresos de inversión * Intereses ganados * Ingresos de alquiler * Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda |

**OPCIONAL**

**Identidad étnica y racial de los niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayudaa garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo étnico (marque uno):** | Hispano o latino No hispano o latino |  | | | |
| **Raza (marque una o más):** | Indio americano o nativo de Alaska | Asiático | Negro o afroamericano | Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | Blanco |

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.   
   
Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.  
   
Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027)](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) que está disponible en línea

en: [https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\_Form\_508...](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:   
   
(1)      correo: U.S. Department of Agriculture   
           Office of the Assistant Secretary for Civil Rights   
           1400 Independence Avenue, SW   
           Washington, D.C. 20250-9410;   
   
(2)      fax: (202) 690-7442; o   
   
(3)      correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).   
   
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**No rellenar**

**Para uso exclusivo del colegio**

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

How often?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
|  | | | |

Eligibility:՝

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Free | Reduced | Denied |
|  | | |

Total Income Household size  
 **Categorical Eligibility**

Ընտանիքի չափը

Date

**Մասնակցության իրավու- նքը՝ ըստ կատեգորիայի**

Determining Official’s Signature   
Date  
Confirming Official’s Signature

Verifying Official’s SignatureԱմսաթիվ