

BRENTWOOD UFSD 2019-2020 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea la página de instrucciones de la aplicación. **COMPLETE SOLAMENTE UN FORMULARIO para su hogar**, firme su nombre y devuelva la solicitud **completa a la cafetería de la escuela de su hijo/a al Departamento de Servicio de Alimentos ubicado en el Edificio de Administración en 52 Third Avenue, Brentwood, NY**. Llame al 631-434-2316 si necesita ayuda. Nombres adicionales pueden ser listados en un documento separado.

1. Indique todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Identificación del estudiante	Hijo/a de crianza	No tiene hogar, estudiante migrante, fugado del hogar
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos SNAP, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Reporte todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyéndose a usted mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Indique todos los miembros de la Familia que no aparecen en el paso 1 (inclúyase a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar que indique en la lista, si reciben ingresos, informe el ingreso total de cada fuente sólo en dólares enteros. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin ingreso
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

*Últimos cuatros dígitos del Número de Seguro Social: XXX-XX- _____

No tengo un SS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marque en la caja "no tengo un número de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que pueda ser aprobada. Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que les doy esta información para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Etnicidad y Raza son opcionales. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent _____

Departamento de Servicio de Alimentos ubicado en el Edificio de Administración en 52 Third Avenue, Brentwood, NY. Si tiene un hijo de crianza en su hogar (foster), usted puede incluirlo en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda o al Departamento de servicio de alimentos al **631-434-2316**. Asegúrese de que toda la información sea proporcionada. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES NECESITAN COMPLETAR LA INFORMACION. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños de los que usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza (foster) que vive en su hogar, o si usted cree que un niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETAR PARTE 2 Y FIRME PARTE 4

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesita firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 TODOS OTROS HOGARES NECESITAN LLENAR ESTAS PARTES Y TODAS LAS PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, aunque reciban o no reciban ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su esposo (a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos u otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso actual es más o menos del normal, indique el ingreso usual de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de la Beca de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (3) Indique el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (4) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatros dígitos del número de seguro social del adulto que firme la PARTE 4 si la Parte 3 está completada. Si el adulto no tiene un Número de Seguro Social, marque la caja. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de seguro social no es necesario.
- (5) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo es elegible, funcionarios del programa necesitan información de la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser publicada. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN: La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza (foster) o usted indica un número de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos 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 funcionarios de cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

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 basado en la 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 seas 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 Discriminacion del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://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 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.