

NUSD #1 2010-2011 SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (USAR DIFERENTE SOLICITUDE PARA CADA NIÑO EN "FOSTER CARE")

Nombres de los miembros del hogar (primer, inicial, apellido)	Marque si <u>no</u> hay ingresos	Nombre de la escuela para cada niño	[SNAP], [FDPIR] o [TANF] número de caso para cualquier miembro de la familia. Si tiene un número de caso, continua a la parte 5
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

PARTE 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, de la Familia Migratoria o abandono su hogar, marque el bloque apropiado y llame a Angelica Heredia al 520-287-0800 Ext. 7913 Sin Hogar Familia Migratoria Abandonó su Hogar

PARTE 3 Foster Child: Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____. Marque si no tiene ingreso. **Vaya a la parte 5.**

PARTE 4. Ingreso bruto de su hogar —INGRESO /FRECUENCIA

1. Nombre (De todos los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA <i>Ejemplo: \$50 – mes \$50 – dos veces al mes \$50 – cada 2 semanas \$50 – semanales</i>							
	Las ganancias de trabajo antes de deducciones		Welfare, el apoyo de niño, alimony		Pensiones, jubilación, seguridad social, beneficios de SSL, VA		Todos otros Ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia
	\$		\$		\$		\$	
	\$		\$		\$		\$	
	\$		\$		\$		\$	
	\$		\$		\$		\$	
	\$		\$		\$		\$	

PARTE 5. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ADULTO TIENE QUE FIRMAR)

Un miembro adulto de la familia tiene que firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser responsable legalmente.

Firme Aquí: _____ Nombre deletreado: _____ Fecha _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Número de Seguro Social: _____ (No tengo un número de seguro social)

PARTE 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

<u>Marque una identidad étnica:</u> <input type="checkbox"/> Hispano Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino	<u>Marque una o más de las identidades raciales:</u> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano
---	--

NO COMPLETE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO EXCLUSIVO EN ESCUELA.

Don't 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: _____**
 Case # Application **Eligibility:** Free, Reduced, Denied -- Reason: _____ **Date Withdrawn: __/__/__**
 Error-Prone **Directly Certified – Attach to match result**
 Determining Official's Signature: _____ Date: __/__/__
 Confirming Official's Signature: _____ Date: __/__/__
 Follow-up Official's Signature: _____ Date: __/__/__
 Date Notice Sent: __/__/__
 Selected for Verification (see attachment)
 Temp. Free – Zero Income (45 days) Temp. Free – homeless/migrant/runaway (30 days) **Temporary Free Expires: __/__/__**

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Beneficios en Efectivo (TANF), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si 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 a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.