**Apellido Del Niño**

**Nombre De Escuela**

**Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hogar**

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

**Solicitud 2021-2022 para Comida Escolar Gratis y de Precio Reducido**

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no un lápiz).

Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial

Con que frecuencia?

Con que frecuencia?

Semanal Quincenal 2x mes Mensual

Semanal Quincenal 2x Mes Mensual

Con que frecuencia?

Semanal Quincenal 2x mes Mensual

Semana Quincena 2x mes 1x mes

Con que frecuencia?

**Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico ‘Si’ en PASO 2).**

**Numero de Caso:**

**Si contesto SI** > Escriba un número de caso aquí y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

**¿Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?** Circule uno: Si / No

Definición de **Miembro del**

**Hogar**: “Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia.”

**Niños adoptivos temporales (Foster)** y niños que cumplen con la definición de **Migrante, Sin Hogar, o Fugado** son elegibles para recibir comida gratis.

**Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar**

**No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?**

**Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas “Guías de Ingresos” para obtener más información.**

El grafico “Guía de Ingresos para Niños” le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

El grafico “Guía de Ingresos Para Adultos” le ayudara con la sección de Miembros Adultos del Hogar

**$**

Fecha de hoy

Teléfono y Correo Electrónico (opcional)

Firma del adulto que lleno el formulario

**Si indico NO** > Complete PASO 3.

Marque todas las que aplican

Niño Foster

Migrante, Sin hogar, Fugado

**Liste a TODOS los bebes, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)**

**PASO 2**

**PASO 3**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos

BRUTOSIngresos Del empleo

**Primer Nombre Del Niño**

**Apellido Del Niño**

**PASO 1**

Escuela

**IM**

Ingresos BRUTOS del Niño

Escriba solo un número de caso en este espacio.

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**

Enumere solo los Miembros Adultos (incluyéndose a usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (monto antes de impuestos y deducciones) para cada fuente, en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba ‘0’. Si usted pone ‘0’ o deja cualquier campo en blanco, usted esta certificando (jura) que no hay ingresos para informar.

**A. Ingresos Del Niño**

A veces los niños del hogar ganan ingresos. Favor de incluir aquí los ingresos BRUTOS TOTALES ganados por todos los niños que figuran en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

**C. Número Total de los Miembros del Hogar** (Niños y Adultos)

**PASO 4**

**Información de contacto y firma de adulto Envié la Forma Completa a: Cartwright School District 5220 W Indian School Rd Phoenix, AZ 85031**

“Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican.”

**Últimos cuatros dígitos del número de Seguro Social del asalario principal u otro miembro adulto del hogar**

**X X X**

**X X**

**Indique si no tiene SSN**

**SOLAMENTE USO DE OFICINA**

**Eligibility: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Denied\_\_\_ **

**Determining Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

❑**Case # Application** ❑**Foster Application** ❑**Directly Certified: Date of Disregard**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑**Income Application**

Household Size:\_\_\_\_\_­\_\_

Total Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per: ❑Week ❑Bi-Weekly (Every 2 Weeks) ❑2x Month ❑Monthly ❑Annual

**❑ Selected For Verification:**  Confirming Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Follow-Up Official’s Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de Apartamento

Ciudad

Código Postal

Estado

Calle y número de casa (si está disponible)

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde):

**Raza (Marque uno o más):**

**Guías de Ingresos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Guía de Ingresos Para Niños** | |
| **Tipo de ingreso** | **Ejemplos** |
| Ingresos de empleo | Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario. |
| Seguro Social:  -Pagos de discapacitación  -Beneficios de Sobrevivientes | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.  Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social. |
| Ingresos de personas fuera del hogar | Un amigo o miembro de la familia extendida que *regularmente* le da dinero para gastar a un niño. |
| Ingresos de cualquiera otra fuente | Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Guía de Ingresos Para Adultos** | | |
| **Ingresos de Empleo** | **Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial** | **Pensiones/Jubileo/Otros Ingresos** |
| - Sueldos, salarios, bonos en efectivo  - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)  **Si usted está en el militar EE.UU.:**  - Sueldo básico y bonos en efectivo *(no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados)*  -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa | - Beneficios de desempleo  - Compensación del trabajador  - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)  - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local  - Pagos de pensión matrimonial  - Pagos de manutención  - Beneficios de veteranos  - Beneficios de huelga | - Seguro Social (incluyendo beneficios de jubileo de ferrocarril y de pulmón negro)  - Pensiones privadas o de discapacidad  -Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones  - Anualidades  - Ingreso de inversión  - Interés ganado  - Ingresos de alquiler  - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar |

**OPCIONAL**

**INSTRUCCIONES**

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitación para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS 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 normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) reglamentos de derechos civiles y políticas, el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para actividades antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americano, etc.) deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, favor de completar el Formulario de USDA Queja de discriminación del Programa, AD-3027, que se encuentra en línea en <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, y en cualquier oficina del USDA, o favor de escribir una carta dirigida USDA y favor de poner en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envié el formulario completado o una carta al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura, Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 EE.UU.; (2) Fax: (202) 690-7442; o (3) Correo Electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur Blanco

Hispano o Latino No Hispano o Latino

**Etnicidad (Marque Uno):**

**Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratis o a precio reducido.