

CARTA DE NSLP / SBP A LOS HOGARES

Estimado padre / tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. _____ ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$ _____; y el almuerzo \$ _____. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a un precio reducido. El precio reducido es de \$ _____ para el desayuno y \$ _____ para el almuerzo. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, utilice la Solicitud de elegibilidad, que se adjunta. No podemos aprobar una solicitud que esté incompleta, así que asegúrese de llenar toda la información necesaria. Devuelva la solicitud completa a: _____.

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

Pautas de elegibilidad por ingresos Efectivas a partir del 1 de julio de 2017, al 30 de junio 2018 Comidas a precio reducido 185% Guía federal de pobreza					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	22,311	1,860	930	859	430
2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Por cada miembro adicional, agregue	7,733	645	323	298	149

- ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? NO. COMPLETE LA SOLICITUD PARA PEDIR COMIDAS GRATUITAS O CON PRECIO REDUCIDO. USE UNA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DEL HOGAR PARA TODOS LOS ESTUDIANTES EN SU HOGAR POR DISTRITO. NO PODEMOS APROBAR UNA SOLICITUD QUE NO ESTÉ COMPLETA, DE MODO QUE DEBE ASEGURARSE DE COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA. ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETA EN LA ESCUELA.
- ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? TODOS LOS HIJOS DE HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF) Y/O SON NIÑOS COLOCADOS BAJO CUIDADOS DE CRIANZA QUE SE ENCUENTRAN BAJO LA RESPONSABILIDAD LEGAL DE UNA AGENCIA DE CUIDADOS DE CRIANZA O UN TRIBUNAL SON ELEGIBLES PARA COMIDAS GRATUITAS, SIN IMPORTAR CUÁL SEA SU INGRESO. ADEMÁS, SUS HIJOS PUEDEN OBTENER COMIDAS GRATUITAS SI EL INGRESO BRUTO DE SU HOGAR SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS FIJADOS POR LAS PAUTAS FEDERALES DE ELEGIBILIDAD DEL INGRESO. TAMBIÉN CALIFICAN PARA COMIDAS GRATUITAS LOS HIJOS QUE CUMPLEN CON LA DEFINICIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR, FUGADOS DE SU HOGAR O MIGRANTES. SI NO LE HAN DICHO QUE SUS HIJOS RECIBIRÁN COMIDAS GRATUITAS, POR FAVOR CONTACTE A SU ESCUELA PARA VER SI SU(S) HIJO(S) CALIFICA(N).
- ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS CON PRECIO REDUCIDO? SUS HIJOS PUEDEN OBTENER COMIDAS A BAJO COSTO SI SU HOGAR SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES DE PRECIO REDUCIDO EN EL CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD POR INGRESO, QUE SE MUESTRA ARRIBA.
- UN MIEMBRO DE MI HOGAR RECIBIÓ LOS BENEFICIOS SNAP O TANF. LA ESCUELA ENVIÓ UNA CARTA AFIRMANDO QUE MI/S HIJO/S ESTÁ/N APROBADO/S AUTOMÁTICAMENTE PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS SOBRE LA BASE DE CERTIFICACIÓN DIRECTA. ¿NECESITO HACER ALGO MÁS PARA GARANTIZAR QUE MI HIJO/A RECIBA COMIDAS GRATUITAS? NO. USTED NO NECESITA HACER NADA MÁS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS PARA SU HIJO/A. SI TIENE ESTUDIANTES QUE NO HAN SIDO INCLUIDOS EN LA CARTA, CONTACTE A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE. SI USTED NO DESEA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS, DEBE SEGUIR LOS PASOS QUE SE INDICAN EN LA CARTA DE LA ESCUELA PARA NOTIFICAR AL PERSONAL DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE.
- ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGATIVO"? ¿NO TIENEN UNA DIRECCIÓN PERMANENTE? ¿PERMANECEN USTEDS EN UN HOSPICIO, HOTEL, U OTRO LUGAR TEMPORAL? ¿SE MUDA SU FAMILIA SEGÚN LA TEMPORADA? ¿VIVEN CON USTED ALGUNOS NIÑOS QUE HAN ESCOGIDO ABANDONAR A SU FAMILIA? SI USTED CREE QUE HAY NIÑOS EN SU HOGAR QUE CUMPLEN CON ESTAS DESCRIPCIONES Y NO LES HAN DICHO QUE SUS HIJOS VAN A RECIBIR COMIDA GRATUITA, FAVOR DE LLAMAR O ENVIAR UN CORREO ELECTRÓNICO A LA ESCUELA.
- LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿DEBO COMPLETAR UNA NUEVA SOLICITUD? SÍ. LA SOLICITUD DE SU HIJO/A SÓLO SIRVE PARA ESE AÑO ESCOLAR Y PARA LOS PRIMEROS DÍAS DEL CORRIENTE AÑO ESCOLAR. TIENE QUE ENVIAR UNA NUEVA SOLICITUD, A MENOS QUE LA ESCUELA LE HAYA DICHO QUE SU HIJO/A ES ELEGIBLE PARA EL NUEVO AÑO ESCOLAR.
- YO RECIBO WIC. ¿MI(S) HIJO(S) RECIBEN COMIDAS GRATUITAS? LOS NIÑOS DE HOGARES QUE PARTICIPAN EN WIC PUEDEN LLEGAR A SER ELEGIBLES PARA COMIDAS GRATUITAS O CON.
- ¿LA INFORMACIÓN QUE ENVÍE SERÁ CORROBORADA? SÍ. TAMBIÉN PODEMOS PEDIRLE QUE PRESENTE UNA PRUEBA ESCRITA.
- SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO PRESENTAR MI SOLICITUD MÁS ADELANTE? SÍ, PUEDE PRESENTAR SU SOLICITUD EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE EL AÑO ESCOLAR. POR EJEMPLO, LOS NIÑOS CUYO PADRE, MADRE O TUTOR QUEDA DESEMPLEADO PUEDEN VOLVERSE ELEGIBLES PARA COMIDAS GRATUITAS O CON PRECIO REDUCIDO SI EL INGRESO DEL HOGAR CAE POR DEBAJO DEL LÍMITE DE INGRESO.
- ¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? TIENE QUE HABLAR CON LOS FUNCIONARIOS DE LA ESCUELA. USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA LLAMANDO O ESCRIBIENDO A LA PERSONA QUE APARECE ARRIBA.
- ¿PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD SI UN INTEGRANTE DE MI HOGAR NO ES CIUDADANO/A DE LOS ESTADOS UNIDOS? SÍ. NI USTED NI SU(S) HIJO(S) NECESITAN SER CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA CALIFICAR PARA COMIDAS GRATUITAS O CON PRECIO REDUCIDO.
- ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI HOGAR? USTED TIENE QUE INCLUIR A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN SU HOGAR, SEAN FAMILIARES O NO (COMO POR EJEMPLO ABUELOS, OTROS FAMILIARES, O AMIGOS) QUE COMPARTAN INGRESOS Y GASTOS. TIENE QUE INCLUIRSE USTED E INCLUIR A TODOS SUS HIJOS QUE ESTÉN VIVIENDO EN SU HOGAR. SI VIVE CON OTRAS PERSONAS QUE SON ECONÓMICAMENTE INDEPENDIENTES (POR EJEMPLO, PERSONAS A LAS CUALES NO MANTIENE, QUE NO COMPARTEN INGRESO CON USTED O SUS HIJOS, Y QUE PAGAN UNA PARTE PRORRATEADA DE LOS GASTOS), NO LAS INCLUYA.
- ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? PUEDE SER QUE HAY MIEMBROS DEL HOGAR QUE NO RECIBEN ALGUNOS TIPOS DE INGRESOS QUE PEDIMOS QUE USTED REPORTE EN LA SOLICITUD, O QUE NO RECIBEN NINGÚN INGRESO. CUANDO ESTO PASA, FAVOR DE ESCRIBIR 0 (NÚMERO CERO) EN EL ESPACIO INDICADO. SIN EMBARGO, SI DEJA VACÍOS O EN BLANCO, LOS ESPACIOS INDICADOS PARA INGRESOS, ÉSTOS SE CONTARÁN COMO CEROS. TENGA CUIDADO CUANDO DEJA EN BLANCO LAS CASILLAS INDICADAS PARA INGRESOS, PORQUE VAMOS A ASUMIR QUE USTED LO HIZO INTENCIONALMENTE.
- ¿QUÉ SUCEDE SI MI INGRESO NO SIEMPRE ES EL MISMO? ESCRIBA EL MONTO QUE RECIBE NORMALMENTE. POR EJEMPLO, SI NORMALMENTE USTED GANA \$1000 POR MES, PERO HA PERDIDO ALGÚN TRABAJO EL MES PASADO Y SÓLO GANÓ \$900, ESCRIBA QUE GANA \$1000 POR MES. SI NORMALMENTE USTED REALIZA HORAS EXTRAS, INCLUYALAS, PERO NO LO HAGA SI SÓLO TRABAJA HORAS EXTRAS ALGUNAS VECES. SI HA PERDIDO UN EMPLEO O LE REDUJERON LAS HORAS O EL SALARIO, USE SU INGRESO ACTUAL.
- ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? SU SUELDO BÁSICO Y LOS BONOS DEBEN SER REPORTADOS COMO INGRESOS. SUBSIDIOS PARA VIVIENDA FUERA DE LA BASE MILITAR, COMIDA Y ROPA, O PAGOS FSSA- FAMILY SUBSISTENCE SUPPLEMENTAL ALLOWANCE, DEBEN INCLUIRSE EN SU INGRESO. SIN EMBARGO, SI SU VIVIENDA ES PARTE DE LA INICIATIVA PRIVATIZADA DE VIVIENDA MILITAR, NO INCLUYA ESTE SUBSIDIO DE VIVIENDA EN SU INGRESO. CUALQUIER OTRO PAGO POR DESPLIEGUE MILITAR ESTÁ TAMBIÉN EXCLUIDO DEL INGRESO.
- MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTEN OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODAMOS PRESENTAR UNA SOLICITUD? PARA AVERIGUAR CÓMO SOLICITAR SNAP, TANF U OTROS BENEFICIOS DE ASISTENCIA, CONTACTE A SU OFICINA LOCAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS O LLAME AL (800) 843-6154 (VOZ) O (800) 447-6404 (TTY).

ATENTAMENTE,

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU SOLICITUD – COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Parte 1: Haga una lista de los miembros de su hogar, con la escuela y el grado de cada estudiante, y un número de caso de SNAP o TANF para todos los miembros del hogar, incluidos los adultos, que reciban tales beneficios. (Anexe otra hoja de papel de ser necesario).

Parte 2: Saltee esta parte.

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. (No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social)

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

SI NINGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS SNAP O TANF Y SI NINGÚN NIÑO QUE VIVE ALLÍ ES UNA PERSONA SIN HOGAR, MIGRANTE O FUGADO DE SU HOGAR O EN EL PROGRAMA HEAD START/EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Parte 1: Haga una lista de los miembros de su hogar y el nombre de la escuela para cada hijo/a.

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Complete sólo si un hijo en su hogar no es elegible bajo la Parte 2. Vea las instrucciones para Todos los Demás Hogares.

Parte 4: Firme el formulario. Sólo si la parte 3 ha sido completada, por favor incluya los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social. (o marque la casilla si él/ella no tiene dicho número).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

SI ESTÁ PRESENTANDO UNA SOLICITUD PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA:

Si **todos** los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o un tribunal:

Parte 1: Haga una lista de todos los hijos de crianza y del nombre de la escuela de cada hijo. Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

Parte 2: Saltee esta parte.

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No son necesarios los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social.

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Si **algunos** de los hijos en el hogar son hijos de crianza que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidados de crianza o un tribunal:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y del nombre de la escuela de cada hijo. Marque la casilla "Hijo de crianza" para cada hijo de crianza.

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

• **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.

• **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. SOLO si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de Ingresos del trabajo. Esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

Parte 4: Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ella no tiene uno).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela para cada hijo.

Parte 2: Si cualquier hijo/a por el cual está presentando una solicitud es una persona sin hogar, migrante o fugada de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a su escuela.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

• **Casilla 1–Nombre:** Haga una lista de todos los miembros del hogar con un ingreso.

• **Casilla 2 –Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, mencione cada tipo de ingreso recibido en el mes. Tiene que decir con qué frecuencia se recibe el dinero (por semana, cada dos semanas, dos veces al mes o por mes). Para los ingresos, asegúrese de colocar el ingreso bruto, no el salario de bolsillo. El ingreso bruto es el monto ganado antes de impuestos y otras deducciones. Usted debería encontrar ese monto en su recibo de pago, o su jefe puede decirle. Para otros ingresos, mencione la cantidad que recibió cada persona en el mes en concepto de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Beneficios para Veteranos (beneficios VA), y beneficios por discapacidad. Bajo el ítem Todos los Demás Ingresos, coloque indemnización por accidentes de trabajo, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos por cuidados de crianza recibidos por la familia de parte de la agencia colocadora. SOLO si es un trabajador independiente, informe el ingreso después de gastos debajo de Ingresos del trabajo. Esto es para su empresa, granja o propiedad de alquiler. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe una paga por combate, no incluya estas pagas como ingreso.

Parte 4: Los miembros adultos del hogar tienen que firmar el formulario y escribir al menos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si él/ella no tiene uno).

Partes 5, 6, 7: Información de contacto, Identidades raciales y étnicas de los niños, e Información de *All Kids*: Responda estas preguntas si lo desea. (Opcional)

Declaración de la Ley de Privacidad: **Esto explica cómo usaremos la información que nos brinde.** La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado a suministrar esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo/a para que reciba comidas gratuitas o con precio reducido. Tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted presenta una solicitud en nombre de un hijo de crianza o cuando usted incluye un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo/a o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratuitas o con precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con auditores para las revisiones de los programas y con agentes del orden para ayudarles a detectar violaciones de las reglas de los programas.

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) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compilant_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. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

1. Todos los miembros del hogar (Anexe otra hoja de papel de ser necesario.)

Marque si es una Solicitud prodiva a contener errores

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, segundo nombre, apellido	(sólo para el estudiante) Nombre de la escuela	(sólo para el estudiante) Grado	NÚMERO DE CASO SNAP O TANF Pase a la Parte 4 si usted incluye un número de caso SNAP o TANF. Se debe suministrar al menos un SNAP/TANF debajo.										Marque si es Hijo de crianza*					

2. Sin hogar, migrante, fugado del hogar o Head Start (elegible por categoría)

* Un hijo de crianza es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

- Sin hogar Migrante Fugado del hogar Head Start

Firma del Coordinador de personas sin hogar, Coordinador de migrantes o Director de Head Start de su escuela _____ Fecha _____

A. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Tiene que decirnos cuánto gana y con qué frecuencia lo recibe.

NOMBRES (INCLUYA A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ (Ejemplo: \$100/mes; \$100 /dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100/semana)							
	Ingresos del trabajo (Antes de las deducciones)		Asistencia social, Manutención infantil, Pensión alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguridad social		Indemnización por accidente laboral, Desempleo, SSI, etc. (Todos los demás ingresos)	
	B. Monto	¿Con qué frecuencia?	C. Monto	¿Con qué frecuencia?	D. Monto	¿Con qué frecuencia?	E. Monto	¿Con qué frecuencia?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

4. Firma y Número de Seguro Social (Debe firmar un adulto)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social o marcar la casilla *No tengo un número de seguro social.* XXX-XX-____ Número de Seguro Social No tengo un número de seguro social.

Certifico (juro) que todas la información en esta solicitud es verdadera y que he informado la totalidad de mis ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos del gobierno federal sobre la base de la información que suministre. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (corroborar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se pueden iniciar acciones legales en mi contra.

Fecha _____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar _____ Firma del miembro adulto del hogar _____

5. Domicilio e información de contacto

Número de teléfono del trabajo (Incluya el código de área) _____ Número de teléfono del hogar (Incluya el código de área) _____ Dirección del hogar (Número, calle, ciudad, estado, código postal) _____

6. Identidades raciales y étnicas de los hijos (Opcional)

Marque un identidad étnica: Hispano/Latino No es Hispano/Latino

Marque una o más identidades raciales: Asiático Negro o Afro-americano Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico Blanco Indígena Americano o Nativo de Alaska

7. Compartir información de la solicitud con All Kids— El programa All Kids es un programa de cuidado de la salud integral para todos los niños de Illinois.

¡No! NO deseo que la información de mi Solicitud de Elegibilidad del Hogar sea compartida con All Kids.

Firme aquí: _____

– LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA –

DECISIÓN INICIAL

INGRESO TOTAL \$ _____ Por: Semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mes Año CANTIDAD EN EL HOGAR: _____ CAMBIO EN EL ESTATUS: _____ Fecha _____

Las LEA tienen que anualizar el ingreso sólo cuando se informan múltiples ingresos, con frecuencias variadas. Conversión del ingreso anual Semanal por X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

Gratis por: sin hogar migrante fugado del hogar Head Start SNAP o TANF cuidado de crianza ingreso del hogar

Reducido por: ingreso del hogar

Denegado—Razón: ingreso demasiado alto solicitud incompleta SNAP/TANF que no califica

Firma del funcionario responsable de la decisión _____ Fecha de retiro: _____ Date: _____

LAS SIGUIENTES SECCIONES NO SE REQUIEREN PARA LAS ESCUELAS/DISTRITOS QUE SÓLO PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE LECHE GRATUITA Y/O ESPECIALES DE ILLINOIS

CONFIRMACIÓN VERIFICACIÓN (Prevía a la verificación y sólo para aquellas solicitudes seleccionadas para su verificación)

Firma del funcionario responsable de la confirmación _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DIRECTA COMPLETA <input type="checkbox"/>	DECISIÓN INICIAL	RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN:	RAZÓN DEL CAMBIO:	FECHA DE ENVÍO DEL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA DE ENVÍO DEL AVISO DE VERIFICACIÓN: _____	<input type="checkbox"/> Gratis por número de caso SNAP/TANF <input type="checkbox"/> Gratis por ingreso <input type="checkbox"/> Reducido por ingreso	<input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> De gratis a reducido <input type="checkbox"/> De gratis a pago <input type="checkbox"/> De reducido a gratis <input type="checkbox"/> De reducido a pago	<input type="checkbox"/> Ingreso: \$ _____ <input type="checkbox"/> Tamaño del hogar: _____ <input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF <input type="checkbox"/> No respondió <input type="checkbox"/> Otra: _____	_____
FECHA EN LA QUE EL HOGAR DEBE ENTREGAR SU RESPUESTA: _____ (se recomiendan 10 días calendario)	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Contacto personal	Resultados	Firma del funcionario responsable de la verificación _____	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL CAMBIO DE ESTATUS: _____
FECHA, MÉTODO, RESULTADOS DE SEGUIMIENTO: _____ (se recomiendan 3 días laborales)				Fecha: _____