

2011-2012 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a MCS. Llame 586 2647, x 10 si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingresos
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>

2. Cupones para alimentos o TANF beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDIPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 5, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Si algún niño que usted esta solicitando por es sin hogar, un emigrante o un fugitivo, por favor llame a este número:

Sin hogar Emigrante Fugitivo

(Enlace para personas sin hogar/Coordinador de Educación Emigrante)

4. El ingreso total del hogar: Liste todas las personas que viven en su hogar, cuanto y con que frecuencia se pagan (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes, mensual). Si usted ha indicado de un(a) hijo(a) de crianza, usted necesita reportar su ingreso personal.

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 ingresos <input checked="" 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"/>

5. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firma esta solicitud y presenta los últimos cuatros dígitos de su Numero de Seguro Social (SS#), o marcar el bloque "No tengo un Numero de Seguro Social) antes de que pueda ser aprobado.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadero y he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la información la escuela recibirá fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información y si deliberadamente proveo información falsa, puedo ser procesado bajo de leyes estatales y federales, y mis hijos podrían pedir beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

No tengo un SS#

Dirección de correo electrónico: _____ Últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social: ***-**-_____
Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de la casa _____

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA 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

- Food Stamp/TANF/Foster
- Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____
- Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid Temporary Free 45 Days Expires ____/____/____

Date Notice Sent: _____ Signature of Reviewing Official _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, presente una carta de Certificación Directa recibida de la Oficina de Temporal y Asistencia de Discapacidad o llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a _____. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____. Asegure de que toda la información se proporciona. 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 NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted esta aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, y marque el bloque para cada niño sin ingresos.

PARTE 2 HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O PDARI DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 5

- (1) Liste un presente cupón de alimentos, TANF, o PDARI (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. No use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 5. Omita PARTE 4. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de cupones de alimentos, TANF o PDARI número.

PARTE 3

If you are completing an application for a child who may be homeless, a migrant education student, or a runaway, please call your school's homeless liaison or migrant education coordinator at this number: Si esta llenando una solicitud para un niño sin hogar, un estudiante con una educación migrante, o un fugitivo, por favor llame al enlace sin hogar o el coordinador de educación de los migrantes en este número:

(Enlace sin hogar/ Coordinador de educación de los migrantes nombre y numero de teléfono)

PARTES 4 Y 5 TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 5.

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(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 Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal 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 u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo 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) La solicitud debe incluir sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme **PARTE 5** si Parte 4 esta llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque el casilla. Si usted listó un número de cupones de alimentos, TANF o PDARI, un número de Seguridad Social no es necesario.

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

Declaración de Privacidad

El Acta de Privacidad: Esto explica como usaremos la información que nos da.

El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar 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 Seguridad Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista 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 Seguridad 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 del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Quejas de Discriminación

Declaración de No-Discriminación: Esto explica que hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. *De conformidad con la Ley Federal y el Departamento de Agricultura de EEUU, esta institución esta prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al numero gratuito (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por el Servicio Federal de Retransmisión a (800) 877-8339 (en ingles) o (800) 845-6136 (en español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.