

# INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

*UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.*

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE [STATE SNAP], [STATE TANF] O [EL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)], **SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Enumere solo a los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce).

**Parte 2:** Indique el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de [SNAP estatal], [ TANF estatal] o [FDPIR].

**Parte 3:** Omite esta parte.

**Parte 4:** Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un número de seguro social **no** son necesarios. **Parte 5:** Responde a esta pregunta si así lo desea.

Entregue el formulario a [Sasha Gajewski, [sgajewski@rivercityscience.org](mailto:sgajewski@rivercityscience.org)] en la Escuela Primaria RCSA.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE [STATE SNAP], [STATE TANF] O [FDPIR] Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O ESTÁ EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Si algún niño para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante, está en Head Start o se ha escapado, marque la casilla correspondiente y llame a [su escuela, enlace para personas sin hogar, fugitivo, coordinador de Head Start o migrante].

**Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Complete solo si un niño en su hogar no es elegible según la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

**Parte 4:** Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social no son necesarios si no necesitó completar la Parte 3. **Parte 5:** Responde a esta pregunta si así lo desea.

Entregue el formulario a [Sasha Gajewski, [sgajewski@rivercityscience.org](mailto:sgajewski@rivercityscience.org)] en la Escuela Primaria RCSA.

SI ESTÁ SOLICITANDO UN NIÑO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Si todos los niños en el hogar son hijos adoptivos:**

**Parte 1:** Enumere todos los niños adoptivos y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

**Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Omite esta parte.

**Parte 4:** Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un número de seguro social **no** son necesarios. **Parte 5:** Responde a esta pregunta si así lo desea.

Entregue el formulario a [Sasha Gajewski, [sgajewski@rivercityscience.org](mailto:sgajewski@rivercityscience.org)] en la Escuela Primaria RCSA.

**Si algunos de los niños en el hogar son niños adoptivos:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla para cada niño de crianza. Si algún niño para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante, está en Head Start o se ha escapado, marque la casilla correspondiente y, si tiene preguntas, llame a su escuela. **Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Complete solo si un niño en su hogar no es elegible según la Parte 1. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

**Parte 4:** El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

**Parte 5:** Responde a esta pregunta si así lo deseas.

Entregue el formulario a [\[Sasha Gajewski, sgajewski@rivercityscience.org\]](mailto:Sasha.Gajewski@rivercityscience.org) en RCSA Elementary.

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES DE WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si se conoce). Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Si algún niño para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante, tiene Head Start, es un niño de crianza temporal o se ha fugado, marque la casilla correspondiente y llame a [\[Sasha Gajewski, sgajewski@rivercityscience.org\]](mailto:Sasha.Gajewski@rivercityscience.org) en RCSA Elementary.

**Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Sección 1 – Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 – Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro del hogar enumerado en la sección 1, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Debe informarnos con qué frecuencia recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
  - **Ingresos:** Asegúrese de enumerar los **ingresos brutos**, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada *antes de* impuestos y otras deducciones. Deberías poder encontrarlo en tu talón de pago o tu jefe puede decírtelo.
  - **Ingresos recibidos de asistencia social, manutención de los hijos y pensión alimenticia:** Enumere la cantidad que recibió cada persona.
  - **Ingresos recibidos de beneficios de jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad:** Enumere la cantidad que recibió cada persona.
  - **Todos los demás ingresos:** Enumere la compensación del trabajador, los beneficios de desempleo o huelga, las contribuciones regulares de las personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la educación federal y los pagos de crianza que recibe la familia de la agencia de colocación. SOLO para los trabajadores por cuenta propia, en *Ingresos del trabajo*, declare los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada o recibe paga por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los límites de esta tabla:

TABLA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el año escolar 2023-2024			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	26,973	2,248	519
2	36,482	3,041	702
3	45,991	3,833	885
4	55,500	4,625	1,068
5	65,009	5,416	1,251
6	74,518	6,210	1,434
7	84,027	7,003	1,616
8	93,536	7,795	1,799
Cada persona adicional:	+ 9,509	+ 793	+ 183

**Parte 4:** El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) puede(n) calificar(es), sin embargo, se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. ¿Pueden los funcionarios escolares compartir la información contenida en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.

**Parte 5:** Responde a esta pregunta si así lo deseas.

Entregue el formulario a **[Sasha Gajewski, sgajewski@rivercityscience.org]** en la Escuela Primaria RCSA.

**NOTA:**

**Si está solicitando más de un estudiante, especifique el nombre del estudiante y la ubicación de la escuela RCSA.**

## 2023-2024

### SOLICITUD FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE RIVER CITY

<b>PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** DEVUELVAN ESTA SOLICITUD A LA ESCUELA DE SU HIJO**</b>												
Nombres de <u>todos</u> los miembros del hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Identificación del estudiante/escuela	<i>Marque la casilla a continuación si el niño es un niño de crianza temporal, sin hogar, migrante, fugitivo o de Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es un niño de crianza, sin hogar, fugitivo, migrante o en Head Start, pase a la parte 4 para firmar este formulario.</i>					Coloque un cheque en el casilla si <b>NO</b> hay ingresos					
		Respaldar	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start						
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												

  

<p><b>PARTE 2. BENEFICIOS</b>          SI ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE [STATE SNAP], [FDPIR] O [STATE TANF Asistencia], PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS Y <b>PASE A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE A LA PARTE 3.</b>          NOMBRE: _____ NOMBRE DEL PROGRAMA _____ NÚMERO DE CASO: (NO NÚMERO DE TARJETA EBT) _____</p>
--

  

<p><b>PARTE 3. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES).</b> Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para saber con qué frecuencia se recibe. <b>REGISTRE CADA INGRESO SOLO UNA VEZ.</b></p>																			
1. NAME (ENUMERE <b>SOLO</b> EL HOGAR MIEMBROS CON INGRESOS)	2. INGRESOS BRUTOS Y FRECUENCIA DE RECEPCIÓN																		
Rendimientos del trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos Mensual	Mensual	Bienestar, niño manutención, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos Mensual	Mensual	Social Seguridad SSI, VA, beneficios de jubilación	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Mensual	Mensual	Todos los demás ingresos (como Prestaciones por desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos Mensual	Mensual

<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	<b>\$200</b>	X				<b>\$150</b>		X				<b>\$0</b>					<b>\$0</b>				
	\$					\$						\$					\$				
	\$					\$						\$					\$				
	\$					\$						\$					\$				
	\$					\$						\$					\$				

**PARTE 4. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si se completa la Parte 3, el adulto que firma el formulario también debe anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social".** (Véase la declaración al final de esta página).

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en función de la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permita la ley.*

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_ → No tengo un número de Seguro Social

La información contenida en esta solicitud puede ser compartida con otros programas de salud federales/locales para los cuales su(s) hijo(s) puede(n) calificar(es), sin embargo, se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información contenida en esta solicitud con otros programas No Sí, los niños también pueden calificar para un seguro médico y dental gratuito o de bajo costo con Florida Kid Care. Solicite en floridakidcare.org o llame al 1888-540-5437.

**PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

Elige una:

- Hispano/Latino
- No hispano/latino

Elija uno o más (independientemente de su origen étnico):

- Asiático
- Indio americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

**NO LLENE ESTA PARTE, ESTO ES SOLO PARA USO ESCOLAR\*\*\*\*\***

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24 Mensual x 12

Ingreso total: \_\_\_\_\_ por: ,  Cada 2 semanas,  Mes,

Elegibilidad categórica: \_\_\_\_ Eligibility: Gratis \_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_ Denegado \_\_\_\_ Date Retirado: \_\_\_\_\_

Motivo de la denegación o retirada: \_\_\_\_\_ → **Compruebe si la solicitud es propensa a errores**

Determinación de la firma del funcionario: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirmación de la firma del funcionario: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verificación de la firma del funcionario: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son obligatorios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o cuando menciona un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia*

*Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo 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 es elegible para recibir comidas gratuitas o a 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 ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa*

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por:

1. correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida de la Independencia, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax: (833) 256-1665; o (202) 690 7442
3. Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

Fecha de contacto	Iniciales del personal	Nombre del miembro del hogar contactado	Información detallada recibida