

SOLICITUD FAMILIAR DE COMIDA GRATIS/ DESCUENTO – CONDADO FAYETTE 2019-2020

Received by Manager On

Complete una sola planilla por hogar, con tinta azul o negra solamente (no a lápiz)

PASO 1 Incluya TODOS los miembros de su hogar que sean niños o estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si necesita más espacio, favor indicarlos en una hoja aparte)

Definición de Miembro del Hogar: "Es aquel que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Los niños bajo **Cuidado Temporal** y los considerados **Sin Hogar, Migrantes o Escapados** pueden recibir comidas gratis. Favor leer el **Instructivo para comidas escolares gratuitas o a descuento.**

1er Nombre del Niño(a)	2do Apellido	Núm. Estudiante	Grado	¿Estudiante? Sí No	Cuidad Temp. Sin Hogar, Migrante, Escapado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Marque todos los apropiados

PASO 2 Indique si usted u otro miembro de su hogar recibe asistencia de alguno de estos programas: SNAP, TANF, o FDPIR. Haga un círculo en SI o NO

Si **NO** > Llene el PASO 3. Si **SÍ** > Indique el Número de Caso y continúe al PASO 4 (No llene el PASO 3)

Número de Caso:

Escriba un solo (1) número de caso aquí.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (Omita este paso si contestó "SÍ" en el PASO 2)

¿Tiene dudas en cuanto a qué ingresos declarar?

Voltee esta página y busque las tablas de "Fuentes de Ingresos" para más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos de Niños" le ayudará con la sección Ingreso por Niños.

La tabla "Fuentes de Ingresos de Adultos" le ayudará con la sección Miembros Adultos del Hogar

A. Ingreso por Niños

A veces los niños reciben o ganan ingresos. Indique el TOTAL de tales ingresos recibidos por los Miembros del Hogar del PASO 1.

Ingresos Niño

\$

Frecuencia

Semanal Bisemanal 2xMes Mensual

B. Miembros Adultos del Hogar (Inclúyase usted mismo)

Indique todos los miembros del hogar que no están en el PASO 1 (inclúyase también) aunque no reciban ingresos. Declare el TOTAL de cada tipo de ingreso (antes de impuestos) para cada uno que recibe ingresos en dólares (sin centavos). Indique cero ('0') para quienes no reciben ingresos. Al indicar cero o dejar en blanco, usted indica legalmente que tal persona no tiene ingresos que declarar.

Nombre y Apellido del miembro adulto del hogar	Ingreso de Empleo	Frecuencia				Asistencia Pública/ Ing. x niño/Cónyuge	Frecuencia				Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos	Frecuencia			
		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual		Semanal	Bisemanal	2x Mes	Mensual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

Últimos 4 Números del Seguro Social (SSN) del que Tiene Mayor Sueldo, o bien de otro Miembro Adulto del Hogar:

No tenemos SSN

PASO 4 Persona a contactar y firma. Enviar el forma complete por correo a: Fayette County School Nutrition 205 LaFayette Ave Fayetteville GA, 30214

"Por la presente certifico (prometo) que toda información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información implica recibir fondos federales y los funcionarios del distrito escolar podrán verificar esta información. Entiendo que si deliberadamente he dado falsa información, me expongo a que los niños en mi hogar pierdan sus beneficios de alimentación, y también me enjuiciarán según las leyes estatales y federales correspondientes."

Dirección de domicilio (si disponible)

Apto. #

Ciudad

Estado

Código Zip

Número de teléfono y correo electrónico (opcional)

Nombre de la persona adulta que llenó la solicitud

Firma de la persona adulta que llenó la solicitud (Obligatorio)

Fecha de hoy

Fuentes de Ingreso de Niños	
Fuentes de Ingreso Infantil	Ejemplo(s)
- Sueldo por Empleo	- Un niño tiene un empleo a tiempo completo o parcial y recibe sueldo o pago
- Seguro Social (Social Security) - Pagos por Incapacidad - Beneficios por Sucesoría	- Un(a) niño(a) ciego o incapacitado recibe beneficios de Seguro Social. - Un(a) niño(a) que recibe beneficios porque el representante está incapacitado o muerto.
- Ingreso de persona externas al hogar.	- Un amigo o pariente, externo al hogar, aporta constantemente dinero a alguno de sus niños.
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Algunos niños reciben ingresos de una pensión privada, fondo de pensiones, anualidades o fondo fiduciario (trust)

Fuentes de Ingreso de Adultos		
Ingreso por Empleo	Asistencia Pública/ Pago por Cónyuge/por Hijos	Pensiones, Jubilación (Pensions/Retirement) y Otros
- Salario, paga, bono salarial - Ingreso neto al trabajar por su cuenta (granja o negocio) Si en las Fuerzas Armadas (U.S. Military): - Pago básico y bonos (SIN bono de combate, FSSA o bono de privatized housing allowance) - Bono por vivir fuera de la a1base, por alimento y vestimenta.	- Beneficios por Desempleo - Pago por Accidente Laboral - Ingreso Suplementario (SSI) - Asistencia en dinero del Gobierno Estatal o Local - Pago por Cónyuge - Pago por hijos - Pago por Veterano - Pago por huelga	- Seguro Social (incluye railroad retirement y beneficio por black lung) - Pensión privada o por incapacidad - Ingreso por fideicomisos o herencia - Anualidades - Ingresos por inversiones - Intereses recibidos - Alquileres recibidos - Pagos regulares por entes externos al hogar

OPTIONAL

Children's Racial and Ethnic Identities

La ley nos exige pedir información de raza e identidad étnica de sus niños. Esta información es importante para asegurarnos de servir a toda la comunidad. El llenar la información de esta sección es opcional y no afecta la oportunidad de obtener comidas gratuitas o a descuento para sus niños.

Grupo étnico (Sólo una): Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino

Raza (marque 1 o más): Aborigen de América o Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico Blanco

La Ley del Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell (**Richard B. Russell National School Lunch Act**) exige la información recaudada en esta solicitud. Usted no tiene la obligación de aportar esta información, pero si no la aporta, no podremos aprobar que su niño(a) reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Deberá incluir los cuatro (4) últimos dígitos del Seguro Social del miembro adulto de su hogar que firme esta solicitud. Los cuatro (4) últimos dígitos del Seguro Social no son obligatorios cuando la solicitud es a favor de un niño(a) bajo Cuidado Temporal (**foster child**) o incluye un número de caso de alguno de estos programas: Asistencia para Suplemento de Nutrición (**Supplemental Nutrition Assistance Program** o **SNAP**), Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (**Temporary Assistance for Needy Families** o **TANF**) o Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (**Food Distribution Program on Indian Reservations** o **FDPIR**) u otra identificador **FDPIR** para su niño, o cuando indicare usted que la persona adulta que firma la solicitud no tiene Seguro Social. La información suministrada se utilizará para determinar si su niño cumple los requisitos para obtener comidas gratuitas o a descuento y para administrar y vigilar el cumplimiento de las normas de los programas de desayunos y almuerzos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con otros programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a evaluar, solicitar fondos o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para evaluación de programas y a los cuerpos de policía para investigar violaciones a las normas de los programas.

De acuerdo con la ley Federal de Derechos Civiles y las regulaciones correspondientes del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (**U.S. Department of Agriculture** o **USDA**), se prohíbe al **USDA**, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en o administran programas del **USDA**, el.

discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad (**disability**), género, identidad sexual, religión, o represalia por activismo en Derechos Civiles, en cualquier actividad o programa implementado o financiado por el **USDA**

Los individuos que necesiten medios de comunicación alternativos para informarse de estos programas (ej: Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas) deberán contactar la agencia donde solicitaron beneficios. Los individuos sordos o con dificultad de escucha o habla pueden contactar el **USDA** por el servicio **Federal Relay Service** al (800) 877-8339. Asimismo, la información puede que esté disponible en otros idiomas.

Para denuncias de discriminación, llene la planilla **USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027)**. Esta planilla se puede conseguir en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina **USDA**, o bien escriba una carta con toda la información que la planilla exige. Para solicitar una copia de la denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe la planilla o carta al **USDA** por uno de estos medios:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (202) 690-7442
E-mail: program.intake@usda.gov

Esta institución es proveedora con igualdad de oportunidad.

No Llenar

Sólo para uso de la escuela

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Received By Central Office

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
--------	-----------	----------	---------

Total Income

Household Size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
------	---------	--------

Determining Official's Signature **Date**

Confirming Official's Signature **Date**

Verifying Official's Signature **Date**

