# Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2022-2023

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

## PASO 1 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)

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 Fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea **"Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido"**.

| Primer Nombre Del Niño | IM | Apellido Del Niño | Nombre De Escuela | Marque todas las que aplican: Niño Foster | Migrante, Sin hogar, Fugado |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ |

## PASO 2 Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con circulo: Si / No

**Si contesto NO** > Complete PASO 3. **Si contesto SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

**Numero de Caso:**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

## PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

**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.**

La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

### A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño $ ____ Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes

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

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

| Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar | BRUTOS Ingresos Del empleo | Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes | Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial | Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes | Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos | Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |

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

**Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de Ingresos u Otro Miembro Adulto del Hogar** X X X X X ____ **Indique si no hay SSN** ☐

## PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

**Envié la Forma Completa a: Maryvale Prep 4825 W. Camelback Road, 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."

Firma del adulto que lleno el formulario ____ Fecha de hoy ____

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde): ____ Teléfono y Correo Electrónico (opcional) ____

Calle y número de casa (si está disponible) ____ No. de Apartamento ____ Ciudad ____ Estado ____ Código Postal ____

**SOLAMENTE USO DE OFICINA**

**Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___**

**Determining Official's Signature:** _____ **Date:** _____

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

❑**Income Application** ❑ **Homeless/Migrante/Runaway**

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: _____

## INSTRUCCIONES 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:<br>-Pagos de discapacitación | Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social. |
| -Beneficios de Sobrevivientes | 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 cualquier otro origen | 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/Retiro/Otros Ingresos** |
| - Sueldos, salarios, bonos en efectivo | - Beneficios de desempleo | - Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) |
| - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) | - Compensación del trabajador | - Pensiones privadas o de discapacidad |
| **Si usted está en el militar EE.UU.:** | - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) | -Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones |
| - Sueldo básico y bonos en efectivo *(no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados)* | - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local | - Anualidades |
| -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa | - Pagos de pensión matrimonial | - Ingreso de inversión |
| | - Pagos de manutención | - Interés ganado |
| | - Beneficios de veteranos | - Ingresos de alquiler |
| | - Beneficios de huelga | - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar |

## 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 gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque Uno):**

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

**Raza (Marque uno o más):**

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

---

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 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: How to File a Complaint. 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; or 3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.