

# PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Estimado Padre/Guardián:

Los niños ocupan alimentos sanos para aprender. El Distrito Escolar del Área de Sheboygan ofrece comidas sanas diariamente. El costo del desayuno es \$1.40, almuerzo \$2.50 en la primaria y \$2.95 en secundaria. Sus hijos tal vez califiquen para recibir alimentos gratis o a precio reducido. El precio reducido es 30¢ para el desayuno y 40¢ para el almuerzo. Este paquete incluye una aplicación para beneficios de comidas gratis o a precio reducido e instrucciones detalladas. Abajo encontrará algunas de las preguntas más comunes y contestaciones para ayudarlo con el proceso de la aplicación.

## 1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR ALIMENTOS GRATIS?

- Todos los niños de familias que estén recibiendo beneficios FoodShare, el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) o Subsidios en Efectivo W-2, pueden recibir comidas gratuitas.
- Niños Foster (de crianza) que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal, o agencia de cuidado de crianza son elegibles para las comidas gratuitas.
- Niños que están inscritos en el programa Head Start de su escuela son elegibles para alimentos gratuitos.
- Niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, que se han escapado de casa, o migrantes califican para las comidas gratuitas.
- Los niños pueden ser elegibles para alimentos gratuitos o a precio reducido si el ingreso del hogar cae dentro de los límites de la Escala Federal por Tamaño e Ingresos Familiares. Sus hijos pueden calificar para alimentos gratis o a precio reducido si el ingreso de su hogar está a, o debajo, de los límites de esta tabla.

ESCALA FEDERAL POR TAMAÑO E INGRESOS FAMILIARES para el Año Escolar 2016-2017			
Tamaño del Hogar	Anual (\$)	Mensual (\$)	Semanal (\$)
1	21,978	1,832	423
2	29,637	2,470	570
3	37,296	3,108	718
4	44,955	3,747	865
5	52,614	4,385	1,012
6	60,273	5,023	1,160
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Cada Persona Adicional:	7,696	642	148

2. ¿COMO SE SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO PERSONAS SIN HOGAR, MIGRANTES, O PERSONA QUE SE ESCAPO DE LA CASA? ¿Los miembros no tienen una dirección permanente? ¿Se están quedando en un albergue, hotel u otro arreglo de vivienda temporal? ¿Se tienen que reubicar su familia estacionalmente? ¿Hay niños en su hogar que están viviendo con usted que han elegido dejar su familia u hogar previo? Si usted cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han informado que recibirán alimentos gratis, por favor comuníquese con John Mees al 920-946-0479 o [jmees@sasd.net](mailto:jmees@sasd.net).
3. ¿DEBO DE COMPLETAR UNA APLICACIÓN PARA CADA NIÑO? No. *Use una aplicación para Comidas Escolares Gratis y Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté totalmente completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Devolver la solicitud a: School Nutrition, 3128 S 12<sup>th</sup> Street, Room 138, Sheboygan WI 53081
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO EN ESTE AÑO ESCOLAR UNA CARTA DICIENDO QUE MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? No, pero por favor lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si falta algún niño de su hogar en la notificación de elegibilidad, comuníquese con **Adriana Uribe al 920-459-3698** o [auribe@sasd.net](mailto:auribe@sasd.net) inmediatamente.
5. ¿NECESITO LLENAR UNA APLICACIÓN SI MI HIJO ASISTE A UNA ESCUELA DE LA COMUNIDAD CON PROVISION DE ELIGIBILIDAD (CEP)? Si su hijo asiste a una escuela que participa en CEP, el recibir desayunos y almuerzos gratis no depende en devolución de

esta aplicación. Sin embargo, esta información es necesaria para otros programas; puede ser usada para determinar si su hogar es elegible para recibir beneficios adicionales..

6. ¿PUEDO APLICAR POR INTERNET? ¡Sí! Se anima a que complete la aplicación por Internet en vez de una aplicación de papel, si es posible. La aplicación por Internet tiene los mismos requerimientos y pedirá la misma información que pide la aplicación de papel. Visite [www.sheboygan.k12.wi.us/families/free-reduced-meals.cfm](http://www.sheboygan.k12.wi.us/families/free-reduced-meals.cfm) para comenzar o para aprender más sobre el proceso de la aplicación por Internet. Comuníquese con Adriana Uribe al 920-459-3698 o [auribe@sasd.net](mailto:auribe@sasd.net) si tiene preguntas sobre la aplicación por Internet.
7. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE COMPLETAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo sólo sirve para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar, hasta **10/13/16**. Usted debe enviar en una solicitud nueva, al menos que la escuela le haya indicado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Si no envía una aplicación nueva que sea aprobada por la escuela, y si no ha sido notificado que su hijo es elegible para alimentos gratis, se le cobrará a su hijo el precio completo de los alimentos.
8. RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS OBTENER COMIDAS GRATIS? Los niños en hogares que participan en WIC tal vez puedan ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido o. Por favor llene y entregue una aplicación.
9. ¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE DE? Sí. También podríamos pedirle que envíe pruebas de los ingresos del hogar que usted esta reportando.
10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO CALIFICAR DESPUES? Sí, usted puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que pasan a estar desempleados pueden ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de la familia cae por debajo del límite de ingresos
11. ¿QUÉ SUCEDE SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA EN RELACIÓN A MI APLICACION? Deberá hablar con los oficiales escolares. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a Mark Boehlke, Asst. Superintendent of Business & Operational Services, 830 Virginia Avenue, Sheboygan, WI 53081 920-459-3523 o [mboehlke@sasd.net](mailto:mboehlke@sasd.net)
12. ¿PUEDO APLICAR AUNQUE NO ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO? Si. Usted, sus hijos, o miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos americanos para aplicar para comidas gratis o precio reducido.
13. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS? Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si recibe normalmente \$1000 mensuales, pero faltó al trabajo el mes pasado y sólo ingreso \$900, escriba los \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si sólo trabaja horas extras a veces. Si ha perdido un trabajo o se le han reducido sus horas o salario, escriba su ingreso actual.
14. ¿QUE TAL SI ALGUNOS MIEMBROS NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Los miembros del hogar tal vez no reciban ningún tipo de ingreso que le pedimos en la aplicación, o no reciben nada de ingresos. Cuando esto suceda, por favor escriba 0 en el espacio. Sin embargo, si algún espacio no tiene nada escrito, esos también se contarán como ceros. Por favor tengan cuidado cuando dejen espacios vacíos, ya que asumiremos que lo hizo con esa intención.
15. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿REPORTAMOS NUESTROS INGRESOS DE DISTINTA MANERA? Su paga básica y bonos en efectivo deben ser reportados como ingreso. Si obtiene un subsidio de vivienda fuera de la base, comida, o ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance, también debe ser incluido como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no la incluya como ingreso en el subsidio de vivienda. Cualquier pago de combate adicional resultante de despliegue también se excluye de los ingresos.
16. ¿QUE TAL SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA APLICACIÓN PARA MI FAMILIA? Escriba miembros del hogar adicionales en un papel separado y agréguelo a la aplicación. Comuníquese con Dawn al 920-459-3568 o [dschutte@sasd.net](mailto:dschutte@sasd.net) para recibir otra aplicación si se necesita.
17. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTEN OTROS PROGRAMAS QUE PODRÍAMOS SOLICITAR? Para averiguar como solicitar FoodShare u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local o llame al 1-800-362-3002

Si usted tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, comuníquese al 920-459-3568, 920-803-7904, o 920-459-3698 (español).

Sinceramente,  
Departamento de Nutrición Escolar  
Judi Smith, Coordinadora  
Localidad: 3128 S 12<sup>th</sup> Street, Oficina 138  
Sheboygan, WI 53081

# COMO APLICAR PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Por favor use estas instrucciones para ayudarlo a completar la aplicación para alimentos gratis o a precio reducido. Solo se necesita completar una aplicación por familia, aunque sus hijos asistan a mas de una de las escuelas en el Distrito de Sheboygan. La aplicación se debe de llenar completamente para certificar a sus hijos para alimentos gratis o a precio reducido. Siga estas instrucciones en orden. Si en cualquier momento no sabe cual es el siguiente paso, favor de comunicarse con Nutrición Escolar al 920-459-3568 o dschutte@sasd.net. Si ocupa ayuda en español comuníquese con Adriana Uribe 920-459-3698 o auribe@sasd.net.

*Si su hijo asiste a una Escuela Elegible de la Comunidad (CEP), el recibir desayunos y almuerzos gratis DEPENDE del regreso de esta aplicación de comidas; la información es necesaria para otros programas del distrito.*

**FAVOR DE USAR UNA PLUMA (NO UN LAPIZ) AL LLENAR ESTA APLICACIÓN Y HAGA LO POSIBLE DE ESCRIBIR CLARAMENTE.**

## PASO 1: ESCRIBA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON BEBES, NIÑOS, Y ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12.

Díganos cuantos bebes, niños y estudiantes escolares viven en su hogar. NO tienen que tener un parentesco con usted para ser considerado miembro del hogar.

**¿A quien pongo aquí?** Cuando llenes esta sección, favor de incluir a TODOS los miembros de tu hogar que:

- sean niños con edad de 18 años y menos Y que sean apoyados económicamente por el ingreso del hogar;
- que este bajo su cuidado en un arreglo de cuidado Foster, o califica como persona sin hogar, migrante o joven que escapo de su casa, o esta inscrito al programa de Head Start; y
- sean estudiantes que asisten a SASD, no importando la edad.

**A) Escriba el nombre de cada niño.** Escriba el nombre de cada niño. Utilice una línea para cada niño. Cuando escriba los nombres, escriba una letra en cada caja. Deténgase si ya no hay lugar. Si hay mas niños presentes que líneas disponibles en la aplicación, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.

**B) Escriba el grado y el nombre de la escuela que asistirá el niño o escriba N/A si no asiste a la escuela.** Escriba el grado del estudiante en la columna que dice 'Grado'.

**C) ¿Tiene hijos Foster (de Crianza)?** Si cualquiera de los niños son Foster, marque la caja "Niño Foster" en la línea de ese niño. Si usted SOLO esta aplicando para niños Foster, después de completar PASO 1, salte a PASO 4. Niños Foster que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben de estar mencionados en su aplicación. Si esta aplicando para niños foster y no-foster, y salte a paso 3.

**D) Si cualquier de los niños no tienen hogar, son migrantes, se han escapado de la casa, o esta inscrito en el Programa de Head Start?** Si cree que cualquier persona en esta sección cumple con esta descripción, marque la caja "Migrante, Sin Hogar, Escapo de Casa" en la línea de ese niño y complete todos los pasos de esta aplicación

## PASO 2: PARTICIPA CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAN EN FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2 O FDPIR?

**Si alguien en su hogar (usted incluido) actualmente participa en uno o más de los programas de asistencia mencionados abajo, sus hijos son elegibles para recibir alimentos gratuitos en las escuelas:**

- Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o FoodShare.
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Beneficios en Efectivo W-2.
- El Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones (FDPIR).

**A) Si nadie en su hogar participa en cualquier de los programas mencionados anteriormente:**

- Deje PASO 2 vacío y siga con PASO 3.

**B) Si alguien en su hogar participa en cualquiera de los programas mencionados anteriormente:**

- Escriba el numero de caso para FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2, o FDPIR. Solo necesita proveer un numero de caso. Si participa en uno de estos programas y no se sabe su numero de caso, póngase en contacto con su trabajador. Tenga en cuenta que el numero de caso de BadgerCare no es un calificador para alimentos gratis.
- Vaya a PASO 4.

## PASO 3: DECLARE INGRESOS DE TODOS LO MIEMBROS DEL HOGAR

**¿Cómo reporto mis ingresos?**

- Use las tablas tituladas "**Fuentes de Ingresos de Niños**" y "**Fuentes de Ingresos de Adultos,**" imprimidas en la parte de atrás de la aplicación, para determinar si su hogar tiene ingresos que reportar.
- Reporte todas las cantidades en INGRESOS EN BRUTO SOLAMENTE. Reporte las cantidades al dólares enteros. No incluir centavos. Ingresos en bruto es la cantidad que se recibe antes de quitar impuestos. Muchas personas piensan que los ingresos son la cantidad que te "llevas a casa" y no la cantidad total "en bruto". Asegure que la cantidad que usted reporte en esta aplicación NO haya sido la cantidad reducida después de pagar impuestos, primas de seguros, u otras cantidades que sean deducidas de su pago.

- Escriba un “0” en cualquier lugar donde no haya ingresos que reportar. Cualquier lugar de ingresos vacío o en blanco se contara como un cero. Si escribes ‘0’ o dejas cualquier espacio vacío, estas certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso que reportar. Si oficiales locales sospechan que su ingreso fue reportado incorrectamente, su aplicación será investigada.
- Marque que tan frecuente recibe este tipo de ingreso usando las cajas en el lado derecho de cada espacio.

### 3.A. REPORTE INGRESOS GANADOS POR NIÑOS

**A) Reporte todos los ingresos ganados o recibidos por niños.** En el espacio de “Ingresos de los Niños” reporte el ingreso combinado en bruto de TODOS los niños de su hogar en PASO 1 . Solo cuente los ingresos personales de niños Foster si esta aplicando para ellos con el resto de su hogar.

*¿Qué es Ingreso del Niño?* Ingresos del niño es dinero recibido de fuera de su hogar que es pagado directamente a sus hijos. Muchos hogares no tienen ingresos de niño.

### 3.B REPORTE INGRESOS GANADOS POR ADULTOS

**Escriba los nombre de miembros del hogar adultos.**

- Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las cajas marcadas “Nombre del Miembro del Hogar Adulto (Nombre y Apellido).” Cuando llene esta sección, favor de incluir a TODOS los miembros adultos en su hogar que viven con ustedes y que comparten ingresos y gastos, aunque no tengan ningún parentesco y aunque no tengan sus propios ingresos.
- **NO incluya:**
  - A personas que viven con usted pero no son apoyadas con los ingresos de su hogar Y no contribuyen ingresos a su hogar.
  - Bebes, niños y estudiantes que ya menciono en **PASO 1.**

**C) Reporte ingresos del Trabajo.** Reporte el total de todos los ingresos en bruto (antes de impuestos) del trabajo en el espacio de “Ganancias del Trabajo” en la aplicación. Este suele ser el dinero recibido por trabajar en trabajos. Si usted es propietario de un negocio o granja, reportara su ingreso neto.

*¿Qué pasa si trabajo por mi propia cuenta?* Reporte ingresos de ese trabajo como una cantidad neta. Esto se calcula al restar todos los gastos de operación de su negocio de los ingresos en bruto o ganancias.

**D) Reporte ingresos de asistencia publica/ manutención/ pensión alimenticia.** Reporta todo ingreso que aplique en el espacio de “Asistencia Publica/ Manutención/ Pensión Alimenticia” en la aplicación. No reporte el valor en efectivo de beneficios de asistencia publica que NO este mencionado en la grafica. Si se reciben ingresos de manutención o pensión alimenticia, solo reporte pagos ordenados por corte. Pagos informales, pero regulares, deben de ser reportados en la parte de “otros ingresos.”

**E) Reporte ingresos de pensiones/ jubilación/ otros ingresos.** Reporte todos los ingresos que apliquen en el espacio de “Pensiones/ Jubilación/ Otros Ingresos” en la aplicación.

**F) Situaciones Especiales.** Para los trabajadores de temporadas y otros, cuyos ingresos varían y usualmente hacen mas dinero en unos meses que otros. En estas situaciones, proyecte el ingreso de tasa anual y reporte eso. Esto incluye trabajadores con contratos anuales de empleo, pero puede escoger que el salario sea pagado durante un periodo de tiempo mas corto; por ejemplo, empleados escolares.

**G) Reporte del tamaño total del hogar .** Escriba el numero total de miembros en el hogar en el espacio de “Numero Total de Miembros en el Hogar (Nombre y Apellido).” Este numero DEBE ser igual al numero de miembros en el hogar en la listas de **PASO 1 y PASO 3.** Si hay algún miembro del hogar que no ha sido incluido en la aplicación, añádalos. Es muy importante incluir a todos los miembros en el hogar ya que el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido.

**H) Proporcione los últimos cuatro dígitos se su Numero de Seguro Social (SSN).** Un miembro adulto del hogar debe de escribir los últimos cuatro dígitos de su SSN en es espacio proporcionado. Usted es elegible para aplicar para beneficios aunque no tenga un SSN. Si ningún adulto en el hogar tiene un SSN, deje este espacio vacío y marque la caja al lado derecho que dice “Indique aquí si no hay numero de seguro social.”

## PASO 4: INFORMACION DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

**Todas la aplicaciones deben de ser firmadas por un miembro del hogar adulto. Al firmar la aplicación, el miembro del hogar promete que toda la información ha sido reportada es cierta y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese de haber leído los derechos de privacidad y civiles en la parte de atrás de la aplicación.**

**A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección actual en los espacios proporcionados, si esta disponible esta información. Si no tiene una dirección permanente, esto no hará que sus hijos sean inelegibles para comidas gratis o a precio reducido. El compartir su teléfono y/o correo electrónico es opcional, pero no ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si es necesario.

**B) Escriba y firme su nombre.** Escriba el nombre del adulto que esta firmando la aplicación; esa persona debe firmar en la caja que dice “Firma del Adulto..”

**C) Escriba la Fecha de Hoy.** En el espacio proporcionado, escribe la fecha de hoy en la caja.

**D) Comparta la identidades raciales y étnicas de los niños (opcional).** En la parte de atrás de la aplicación, pedimos información sobre la raza e identidad étnica. Estos espacios son opcionales y no afectara la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido.

# 2016-2017 Aplicación para Comidas Escolares Gratis y Precio Reducido/SHERIDAN

Complete una aplicación por hogar. Use una pluma/bolígrafo (no lápiz).

Aplica En Línea <http://www.sheboygan.k12.wi.us/families/free-reduced-meals.cfm>

Escuelas Elegibles en la Comunidad (CEP), el recibir desayuno y almuerzo gratis DEPENDE en devolver esta aplicación.

## PASO 1 Escriba TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños, y estudiantes hasta el grado 12.

(Si se necesita mas espacio para mas nombres, agregue en otra hoja.)

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

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	Grado	Escuela que asiste el niño o NA si no esta en la escuela	Niño Foster	Migrante, Sin Hogar, Escapo de Casa	Head Start
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Check all that apply

<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"/>

## PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar (usted incluido) en uno o más de los siguientes programas: FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2, o FDPiR?

Si / No

Si indico **NO** > Complete PASO 3. Si indico **SI** > Escriba aquí el numero del caso y continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Número de Caso

Nombre del Programa:



Solo escriba el número del caso en este espacio.

Badger Care no es un calificador para alimentos gratis.

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

Voltee la pagina y repase "Fuentes de Ingresos" para mas información.

### A. Ingresos de los Niños

A veces niños en el hogar ganan dinero. Por favor incluya los ingresos TOTALES que reciben todos los bebés, niños, y estudiantes hasta el grado 12, incluyendo a todos los miembros del hogar mencionados en PASO 1 aquí.

Ingresos de los Niños

	Semanal	Cada 2 Semanas	2 x Mes	1 x Mes
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué tan frecuente?

### B. Todos los Miembros Adultos en el Hogar (incluyendo usted)

Escriba todos lo miembros del hogar no mencionados en PASO 1 (incluyéndose a usted) **sin importar si reciben o no ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, si recibe un ingreso, reporte el total en **bruto** (antes de impuestos) de cada fuente en dólares redondeados (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si usted escribe '0' o deja espacios vacíos, esta certificando (jurando) que no hay ingresos para reportar

### F. Situaciones Especiales

Trabajadores de Temporada, Contrato anual pagado durante un periodo de tiempo corto (empleados escolares), ingresos variables. Anualice los ingresos y reporte aquí.

Nombre del Miembro del Hogar Adulto (Nombre y Apellido)	C. Ganancias del Trabajo	¿Qué tan frecuente?				D. Asistencia Publica/Manutención/Pensión Alimenticia/SSI/Beneficios VA	¿Qué tan frecuente?				E. Pensión/Jubilación/Seguro Social, Otros Ingresos	¿Qué tan frecuente?				F. Situaciones Especiales
		Semanal	Cada 2 Semanas	2 Veces x Mes	1 Vez x Mes		Semanal	Cada 2 Semanas	2 Veces x Mes	1 Vez x Mes		Semanal	Cada 2 Semanas	2 Veces x Mes	1 Vez x Mes	
<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="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="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="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="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"/>

G. Numero total de Miembros en el Hogar (Niños y Adultos)

H. Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social (SSN) de la Persona que Gana el Salario Principal en el hogar u Otro Adulto Miembro del Hogar.

Indique aquí si no hay número de Seguro Social

## PASO 4 Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta aplicación 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. Estoy consiente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (Si es aplicable)	# de Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Adulto Completando la Forma (Escribir en letra de Molde)	Firma del Adulto Completando la Forma	Fecha de Hoy Mes/Dia/Año		

**INSTRUCCIONES Fuentes de Ingresos**

Fuentes de Ingresos de Niños	
Fuentes de Ingresos de Niños	Ejemplo(s)
- Ingresos del Trabajo	- El niño tiene un trabajo tiempo parcial o completo donde gana salario o ingresos
- Seguro Social - Pagos de Discapacidad - Beneficios de Sobrevivientes	- El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social - El padre esta discapacitado, pensionado, o falleció, y el niño recibe beneficios de Seguro Social
- Ingresos de una persona fuera del hogar	- Un familiar o miembro de la familia extendido regularmente le da dinero para gastar
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño ingresos regulares de un fondos de pensiones, anualidades, fideicomiso privado

Fuentes de Ingresos de Adultos		
Ingresos del Trabajo	Asistencia Publica/ Manutención/ Pensión Alimenticia	Pensiones/ Jubilación/ Otros Ingresos
- Salario, ingresos, bonos en efectivo - Ingresos neto de trabajos de tu propia cuenta (granja o negocio); calculado al restar el total de los gastos de operación de su negocio de los recibos en bruto o ingresos; consulte Anexo C o F. Si estas en el Ejercito de EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizada) - Indemnizaciones por viviendas fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención - Beneficios de los veteranos - Beneficios de huelga	- Seguro Social (incluyendo retiro de ferrocarril y beneficios de pulmón negro) - Pensiones privadas o benéficos de incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de renta - Pagos regulares en efectivo de fuera del hogar

**OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Estamos requeridos pedir información sobre la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurar un servicio pleno a nuestra comunidad. El responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad *Marque Uno*  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  
 Raza *Maque Uno o Mas*  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afro Americano  Nativo de Hawái u Isleño del Pacifico Sur  Blanco

La **Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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:

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; o

Correo Electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**No Complete Para el Uso Escolar Solamente**

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

Total Income	How often?					Household Size	Categorical Eligibility	Eligibility			Date Denied	Reason for Denial or Withdrawal
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			Free	Reduced	Denied		
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Determining Official's Signature	Date Mo./Day/Yr.		Confirming Official's Signature		Date Mo./Day/Yr.		Verifying Official's Signature		Date Mo./Day/Yr.			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
			Required for Verification				Required for Verification					

**For schools participating in CEP only:**

**Are all students on this application from a CEP school?** YES  NO

If YES, the processing of this application cannot be paid for by the nonprofit school food service account. Only non-CEP applications are used for selecting the verification sample, conducting an independent review of applications, and the Certification and Benefit Issuance portion of the Administrative Review.