

# Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido 2022-2023

Complete una solicitud por hogar. Complete la solicitud en tinta (no en lápiz).

## PASO 1

Enumere a **TODOS** los miembros del hogar que sean recién nacidos, niños y estudiantes hasta grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte una hoja de papel)

**Definición de hogar**  
**Miembro:** "Toda persona que vive con usted y comparte sus gastos e ingresos, aunque no exista relación de parentesco".

Niños bajo **custodia tutelar** y niños comprendidos en la definición de **sin hogar, sin residencia fija o fugitivo** son elegibles para acceder a las comidas gratuitas. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido** para más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante?		Sólo para estudiantes: Nombre de la escuela	Sólo para estudiantes: Fecha de nacimiento		Sólo para estudiantes: Grado	¿Vive con los padres o un familiar responsable de su cuidado?		Niño bajo custodia, tutela, residencia fija, sin hogar, o fugitivo	
			Sí	No					Sí	No		
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PASO 2

¿Participa algún miembro del hogar (incluso) actualmente en uno o más de los siguientes programas asistenciales: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

No > vaya la PASO 3 **SÍ** > Ingrese el número de caso y proceda con el PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso: / / / / / / / / / / /

Ingrese un único núm. de caso en este espacio.

## PASO 3

Indique los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta fue 'Sí' en el PASO 2)

Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido** para más información.

La sección **Fuentes de ingresos de los niños** lo ayudará a responder la pregunta sobre **Ingresos de los niños**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** lo ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

### A. Ingresos del niño

Algunas veces, los niños pueden obtener ingresos. Incluya el **TOTAL** de ingresos percibidos por todos los niños del hogar enumerados en el PASO 1 del presente documento.

### B. Todos los miembros adultos del hogar (incluso usted)

Enumere a todos los miembros del hogar no enumerados en el PASO 1 (incluso usted) **aunque no reciban ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si no recibe ingresos, indique el ingreso total (bruto) antes de cualquier impuesto o deducción de cada fuente en números enteros (sin centavos) expresados en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ingrese '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingreso alguno que informar.

Ingresos del niño	¿Con qué frecuencia?			
	Semanal	Cada 2 sem.	2 x mes	Mensual
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

  

Nombres y apellidos de los miembros adultos del hogar	Ganancias del trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ Manutención infantil /Pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/ Jubilación/ Otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Cada 2 sem.	2 x mes	Mensual		Semanal	Cada 2 sem.	2 x mes	Mensual		Semanal	Cada 2 sem.	2 x mes	Mensual
1	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (NSS) del miembro que recibe el salario principal u otro miembro adulto del hogar

X	X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Marcar si no tiene NSS

**ayuda para comprar libros de texto.**

## PASO 4

Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a :

**Vuelva la página si desea solicitar ayuda para comprar libros de texto.**

"Certifico (garantizo) que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporciona con relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tengo conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales."

Nombre del adulto que completa el formulario (en letra de imprenta)	Firma del adulto que completa el formulario	Fecha de hoy
Dirección (si está disponible)	Ciudad	Teléfono diurno y dirección de correo electrónico (opcional)
Núm. de dpto.	Estado	Código postal

**PASO 5**

**Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.**

¿Desea recibir **ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO**?

- Sí Si la respuesta es Sí, firme →  
 No **a la derecha**

Certifico que soy el padre/tutor legal del/de los niño(s) respecto del/de los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TITULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Para uso exclusivo de la escuela:

- Aprobado  
 Denegado  
 No Aplica

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de **Medicaid** o **Hoosier Healthwise**. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.

Firma del adulto que completa el

Fecha de hoy

**Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.**

**OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños**

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

**Origen étnico (seleccione una opción):**

- Hispano o latino  
 No hispano ni latino

**Raza (seleccione una o más opciones):**

- Indígena de EE. UU. o Alaska  
 Asiática  
 Negra o afroamericana  
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  
 Blanca

**Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.**

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or **fax:** (833)256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA			
INCOME CONVERSION to YEARLY:			
WEEKLY X 52	EVERY 2 WEEKS X 26	TWICE A MONTH X 24	MONTHLY X 12
<b>ELIGIBILITY DETERMINATION</b>			
Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income:\$ _____ per: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly			
OR Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/> Food Stamps/TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Foster			
Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Approved Reduced price <input type="checkbox"/> Denied			
Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other _____			
Signature of Determining Official: _____		Date: _____	
		Date Withdrawn: _____	
<b>VERIFICATION</b>			
Confirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: <input type="checkbox"/> Food Stamps / TANF Case Number	Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in Food Stamps /TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____
Date Response Due from Households: _____	<input type="checkbox"/> Household Size and Income	Date Notice of Change Sent: _____	
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	<input type="checkbox"/> Other _____	Date Change Made: _____	
<b>Request for Appeal</b> Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____	Verifying Official's Signature: _____ Date: _____		