

Instrucciones para llenar la solicitud – 2013-14

Un miembro del hogar es cualquier menor o adulto que viva con usted.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE ALIMENTACION SUPLEMENTARIO O TANF O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIAS (SNAP, TANF or FDPIR), siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba el nombre del niño, la escuela, y el grado escolar.

Parte 2: Escriba el número de grupo elegibilidad de la determinación o TANF número o FDPIR número.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Opcional. Debemos tener su permiso para compartir información sobre los estudiantes.

Parte 6: Firme la solicitud. No es necesario el número de seguro social.

SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTA DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba el nombre del niño, la escuela, y el grado escolar.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Marque el cuadro correspondiente y llame a **Matt Mahlmann**, numero de teléfono **979-865-7002**.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Opcional. Debemos tener su permiso para compartir información sobre los estudiantes.

Parte 6: Firme la solicitud. No es necesario el número de seguro social

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, siga estas instrucciones:

Parte 1: Escriba el nombre de cada niño, la escuela, y el grado escolar.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar los ingresos del mes pasado de la familia.

Columna 1—Nombre: Escriba el apellido, primer nombre e inicial de segundo nombre de **cada** persona que vive en su casa, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Usted escriba también su nombre, y el de todos los niños. Use una hoja de papel en blanco, si es necesario.

Columna 2—Ingresos y cada cuando los recibe: Por cada persona que reciba un sueldo o ingresos, escriba la cantidad y cada cuando la recibe—semanales (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T) o mensuales (M).

Ingresos por empleo: Escriba los **ingresos antes de las deducciones** de cada persona. No es la misma cantidad de dinero que lleva a casa. **El ingreso antes de las deducciones es la cantidad de dinero que gana antes de las deducciones de impuestos.** Debe estar descrita en su recibo de sueldo o su jefe puede decírselo. Junto a la cantidad, escriba cada cuando los recibe—semanales (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T) o mensuales (M).

Otro ingreso: Escriba la cantidad que recibe cada persona de **cualquier otra fuente**. Incluya la ayuda financiera del gobierno, manutención de los hijos, de la esposa(o), pensiones, jubilación, seguro social, compensación de trabajadores, desempleo, beneficios de huelga, ingresos suplementarios del seguro (SSI), beneficios a veteranos (beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de la gente que no viven en su casa o **CUALQUIER OTRO INGRESO**. Reportar su ingreso neto si tiene su negocio propio, granja o ingresos de renta. Después de la cantidad escriba cada cuando lo recibe esa persona.

Columna 3—Marque no tiene ingreso: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque el cuadro.

Parte 5: Opcional. Debemos tener su permiso para compartir información sobre los estudiantes.

Parte 6: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar el cuadro si no tienen uno).

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.

Declaración de no discriminación: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el *USDA Program Discrimination Complaint Form* (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Solicitud de Multiuso para comidas escolares gratuitas o a precio bajo para 2013-14
Distrito Escolar Independiente de Bellville

Parte 1. Niños en la escuela				Parte 2. Liste el número de grupo elegibilidad de la determinación o TANF# o FDPIR#. Pase a la parte 6.
Escriba el nombre de todos sus hijos en la escuela (apellido, primer nombre, e inicial segundo nombre)	Nombre de la escuela	Grado	Si este niño es en hogares de crianza, marque en el cuadro. Pase a la parte 5.	EDG# _____
1.			<input type="checkbox"/>	Parte 3. Niño es desamparado o es migrante o en fuga. Si cualquiera de los niños es desamparado o es migrante o en fuga, marque el cuadro correspondiente y llame Matt Mahlmann , número de teléfono 979-865-7002 <input type="checkbox"/> Desamparado <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> en Fuga
2.			<input type="checkbox"/>	
3.			<input type="checkbox"/>	
4.			<input type="checkbox"/>	
5.			<input type="checkbox"/>	
6.			<input type="checkbox"/>	
7.			<input type="checkbox"/>	
8.			<input type="checkbox"/>	

Parte 4. Miembros de la familia e ingresos antes de las deducciones del mes pasado (haga una lista de las personas en la casa. Por cada persona que recibe ingresos, escriba la cantidad que recibe y cada cuando la recibe.)

1. Nombre. (Haga una lista de todos los que viven en la casa.)	2. Ingresos y cada cuando los reciben. Semanales (W), Cada dos semanas (E), Dos veces al mes (T), Mensuales (M), Anual (A).				3. Marque una X si NO recibe ingresos
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Asistencia social, manutención de los hijos/ex-esposa	Pensión, jubilación, Seguro Social	Otro	
Ejemplo: Smith, Jane B.	\$200/E	\$50/M			<input type="checkbox"/>
1.					<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>

Part 5. Sharing Information With Other Programs: OPTIONAL

Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Completando esta sección no cambiará si su niño recibe gratis o a precio reducido las comidas/leche gratis. (Por favor círculo cualquier programa o beneficio que desee.)

Parte 6. Firma y Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (Un adulto debe firmar.)

Uno de los miembros adultos del hogar tiene que firmar la solicitud. Si se llena la Parte 3, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX - _____ No tengo número de seguro social.

Nombre (letra de molde): _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: TX Zona postal: _____

NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.

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

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year

Household size: _____ FS/TANF: _____ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free: _____ Reduced: _____ Denied: _____ Reason: _____

 Reviewing Official's Signature: _____ Date: _____

 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

 Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Cuadro Federal de Elegibilidad Según los Ingresos —Julio 1, 2013—Juno 30, 2014

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$21,257	\$1,772	\$886	\$818	\$409
2	\$28,694	\$2,392	\$1,196	\$1,104	\$552
3	\$36,131	\$3,011	\$1,506	\$1,390	\$695
4	\$43,568	\$3,631	\$1,816	\$1,676	\$838
5	\$51,005	\$4,251	\$2,126	\$1,962	\$981
6	\$58,442	\$4,871	\$2,436	\$2,248	\$1,124
7	\$65,879	\$5,490	\$2,745	\$2,534	\$1,267
8	\$73,316	\$6,110	\$3,055	\$2,820	\$1,410
Cada persona adicional:					
	+ \$7,437	+ \$620	+ \$310	+ \$287	+ \$144