

APLICACIÓN PARA ALIMENTOS DE PRECIO REDUCIDO O GRATIS
(Free and Reduced-Price Meal Application)

Para solicitar alimentos de precio reducido o gratis para su hijo(a) por favor lea las instrucciones de como completar la solicitud. Firme la solicitud y devuélvala a _____ . Si necesita ayuda para completar la solicitud llame a este número _____ .

PARTE 1 - INFORMACION DEL NIÑO:

Nombre del Niño: _____
 Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Nombre del Centro Para Cuidado de Niños _____

PARTE 2 – HOGARES RECIBIENDO BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL O TANF: Complete esta Parte y la

Parte 4. Número del Programa de Asistencia Nutricional: _____ Número de TANF: _____

PARTE 3 – TODOS LOS OTROS HOGARES: Si está recibiendo beneficios del Programa de Asistencia Nutricional o TANF no complete esta parte. Si no recibe ninguno, entonces **COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 4.**

MIEMBROS DEL HOGAR		CANTIDAD DE INGRESO Y FRECUENCIA				
		Coloque la frecuencia de pago (ejemplo: anual, mensual, dos veces al mes, quincenal, o semanal) después de cada cantidad.				
Liste los Nombres de <u>Todos</u> los Ocupantes del Hogar (incluyendo el niño(a) listado en la Parte 1 arriba)	Marque en la caja si en Cuidado Adoptivo Temporal	Ganancias Brutas (Antes de Deducciones) Si es propio empleador, liste el ingreso neto	Importe de Asistencia Social, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	OTROS Ingresos (incluyendo ingreso para uso personal recibido por el niño(a) bajo cuidado adoptivo temporal)	Marque la caja si la persona NO RECIBE INGRESO
Apellido, Nombre	<input type="checkbox"/>	\$ Cantidad/Frecuencia	\$ Cantidad/Frecuencia	\$ Cant./Frecuencia	\$ Cant/Frecuencia	<input type="checkbox"/>
1. _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

PARTE 4 – FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Un adulto miembro del hogar debe firmar la aplicación antes de ser aprobada.

 FIRMA DEL ADULTO EN EL HOGAR Fecha _____ Teléfono del Hogar # _____

Dirección del Hogar _____ Teléfono del Trabajo # _____
 Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Últimos Cuatro Números del Seguro Social |_____|_|_|_|_| Escriba "NINGUNO" si no tiene Número de Seguro Social.

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. Yo entiendo que esta información es entregada para la recepción de fondos federales; que los oficiales de la institución pueden verificar la información en esta aplicación, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales.

PARTE 5 (Opcional) - Identidad Racial del niño Marque uno o más para su niño. **Identidad Étnica del niño**
 Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro-americano Hispano o Latino
 Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico Blanco No Hispano o Latino

Declaración del Acta del Derecho a Privacidad: La Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares establece que, a menos que usted demuestre que recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional o TANF, es requerido que se indique los últimos cuatro números del seguro social del peticionario, adulto cual firme, o que se indique que el peticionario no tiene un número de seguro social. El suministro de los últimos cuatro dígitos de un número de seguro social no es obligatorio, pero si esta información no se da y si no se indica que la persona que firmo no tiene tal número, la aplicación no puede ser aprobada. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social puede ser utilizado para identificar a la persona y para llevar a cabo esfuerzos para verificar la exactitud de la información declarada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de revisiones, auditorías e investigaciones y pueden incluir contacto con empleadores para determinar ingreso, con el Programa de Asistencia Nutricional o la oficina de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación presentada por el miembro del hogar para luego comprobar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, o en reclamos administrativos o acciones legales si se reporta información incorrecta. La información para su elegibilidad en esta aplicación puede ser compartida con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; auditores para revisar programas y oficiales de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Solo Para Uso del Contratador: Programa de Asistencia Nutricional/TANF Hogar Niño(a) bajo Cuidado Adoptivo Temporal (Foster)

Tamaño Total del Hogar: _____ Ingreso Total del Hogar: \$ _____ Semanal / Quincenal / Dos veces al Mes / Mensual / Anual
 Nota: Si la frecuencia de ingresos es diferente, conviértalo todo a una cantidad anual. (Coloque un Circulo en una de las Opciones)
 Conversión de Ingreso Anual: Semanal x 52, Quincenal x 26, Dos veces al Mes x 24, Mensual x 12

Determinación de Elegibilidad: Gratis Reducido No Necesita
 Razón por la Clasificación No Necesita: Ingreso muy Alto Aplicación Incompleta Otro (Razón) _____

Firma del Oficial Determinante: _____ Fecha de la Firma: _____

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE ALIMENTOS DE PRECIO REDUCIDO O GRATIS

SI CUALQUIER MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE AYUDA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL O BENEFICIOS TANF, SIGUA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba el nombre y fecha de nacimiento del niño por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado infantil en donde el niño(a) asiste. Escriba el horario de cuidado de su niño(a). Marque con un círculo los días de la semana en los que su niño(a) asiste mayormente en el centro de cuidado infantil y las comidas que usted espera que el centro le sirva a su niño(a): desayuno, merienda en la mañana, almuerzo, merienda en la tarde, cena, y/o merienda de la noche. **Parte 2:** Liste el número de caso actual de la ayuda que recibe del Programa de Asistencia Nutricional (anteriormente conocido como Programa de Cupones de Alimentos) o el número de caso de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas. El número de caso está en su carta de elegibilidad; no es el número en su tarjeta EBT. **Salte la Parte 3. Parte 4:** La aplicación debe ser firmada por un adulto miembro del hogar, pero los cuatro últimos números del seguro social del adulto no son necesarios. Complete las secciones para la dirección y el número de teléfono y firme la aplicación. **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

SI USTED ESTA APLICANDO POR UN NIÑO BAJO CUIDADO TEMPORAL ADOPTIVO, ESCOJA UNO DE LOS METODOS DE ABAJO PARA APLICAR:

NOTA: Con la documentación apropiada, los niños bajo cuidado temporal adoptivo son automáticamente elegibles para alimentos gratis independientemente del ingreso en el hogar en donde el niño(a) reside. Los miembros del hogar que deseen aplicar para beneficios de alimentos para niños bajo cuidado adoptivo temporal deben contactarnos si tienen alguna pregunta.

Método 1: Proporcione los documentos oficiales de la agencia de cuidado adoptivo temporal o de la corte que asignó al niño(a) con el hogar específico. Con estos documentos, no será necesario que complete la aplicación para alimentos de precio reducido o gratis.

Método 2: Complete la aplicación para alimentos de precio reducido o gratis de acuerdo a estas instrucciones – **Parte 1:** Escriba el nombre y fecha de nacimiento del niño(a) por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado infantil en donde el niño(a) asiste. **Salte la Parte 2. Parte 3:** Liste los nombres o nombre del niño(a), marque la caja en la columna para "Cuidado Adoptivo Temporal", y reporte el ingreso para uso personal del niño(a), si lo hay, en la columna "Cualquier Otro Ingreso". Ingreso para "Uso Personal" es **a) dinero dado por la oficina de asistencia social identificado por categoría para el uso personal del niño(a), como para ropa, matrículas escolares, subsidio; y/o b) cualquier otro dinero que el niño(a) recibe, como dinero proveniente de su familia o dinero proveniente del trabajo de tiempo completo o medio tiempo del niño(a).** No incluya los pagos que el hogar recibe por el cuidado del niño(a) bajo adopción temporal. Si el niño no recibe ingreso, marque la caja "NO RECIBE INGRESO" en la última columna. **Parte 4:** La aplicación debe ser firmada por el padre adoptivo temporal o por otro representante oficial del niño(a), pero los cuatro últimos números del seguro social del adulto no son necesarios. Complete las secciones para la dirección y el número de teléfono y firme la aplicación. **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

Método 3: Complete la aplicación para alimentos de precio reducido o gratis de acuerdo a las instrucciones de abajo PARA TODOS LOS OTROS HOGARES.

TODOS LOS OTROS HOGARES, SIGUAN LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

Parte 1: Escriba el nombre y la fecha de nacimiento del niño(a) por el que usted está aplicando. Si no está pre-escrito, escriba el nombre y la dirección del centro de cuidado de niños en donde su niño(a) asiste. **Salte Parte 2. Parte 3:**

- (1) Escriba los nombres de todos en el hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, el niño(a) por el que está aplicando, otros niños, su esposo(a), abuelos y cualquier otro miembro familiar que viva en el mismo hogar. Utilice papel adicional si necesita más espacio.
- (2) Si un miembro de la familia está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la caja en la columna para "Cuidado Adoptivo Temporal" al lado del nombre.
- (3) Escriba el ingreso que cada miembro del hogar recibe regularmente, antes de los impuestos o cualquier otra disminución, y coloque la frecuencia en la que es recibido. Coloque el ingreso en la columna(s) apropiada para designar la proveniencia del ingreso, tal como ganancia, importe de asistencia social, pensiones, y cualquier otro tipo de ingreso (**revise los ejemplos abajo para identificar los tipos de ingresos a reportar**). Si un niño(a) bajo cuidado adoptivo temporal está en la lista, reporte el ingreso que el niño(a) revise para uso personal, si lo hay, en la columna "Cualquier otro Ingreso". Revise el Método 2 arriba para la definición de uso personal en niños bajo cuidado adoptivo temporal. No incluya los pagos recibidos por el cuidado del niño(a) adoptado temporalmente como ingreso. Si cualquier dinero recibido en el último mes fue más o menos que lo usual, escriba el ingreso usual de la persona.
- (4) **Para cualquier persona sin ningún ingreso, seleccione la última columna marque la caja "NO RECIBE INGRESO."**

Parte 4: La aplicación debe ser firmada por un adulto del hogar y debe incluir los cuatro últimos números del seguro social del adulto (o escriba NINGUNO si la persona no tiene número de seguro social). **Parte 5:** No se requiere que usted conteste esta parte. Sin embargo, si usted provee esta información, la información ayudara a asegurar el acceso igualitario al Programa de Alimentos para Cuidado de Niños.

INGRESOS A DECLARAR

Sueldo del trabajo:

Sueldo/salario/propinas

Beneficios por huelga

Compensación por cesantía

Compensación al trabajador

raíces/fideicomisos/inversiones Seguro Social

Ingreso neto de empresa

propia, cuidado de niños o

granja

Pensiones/Jubilación/Seguro Social:

Pensiones

Ingreso de seguridad complementario

Ingreso por jubilación

Pagos a ex-combatientes

Otro ingreso mensual/trabajo por cuenta propia:

Beneficios por discapacidad

Efectivo retirado do ahorras

Interés/dividendos

Ingreso de bienes

Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar

Derechos netos do autor/pensión vitalicia

neto por arriendo

Cualquier otro ingreso

Algunos Ingresos Militares y Beneficios:

Todo ingreso efectivo recibido fuera de la base comercial, subsidio privado para casa, excluyendo la Iniciativa Privada para Vivienda Militar y Suplemento de Subsidio Familiar (FSSA)

Todo ingreso por subsidio de uniformes

Todo el ingreso que recibe la familia, con excepción de pago por combate recibido bajo ciertas circunstancias

Esto no incluye beneficios que no sean en ingreso en efectivo (vivienda militar, ropa, comida, servicios médicos, etc.)

Asistencia Social/Pensión para hijos/Pensión alimenticia:

Pagos de asistencia pública

Pagos de asistencia social

Pensión alimenticia pagos de pensión para hijos