INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para sus niños, someta a la escuela de su hijo o hija la Carta de Certificación Directa del Departamento de Servicios Sociales **O** llene la solicitud refiriendo a las instrucciones para su familia. Firme la solicitud y devuévala a la escuela. Favor de completar formularios separados para cada hijo adoptivo. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____ Toda la información de este formulario deberá aparecer sin falta. La falta de información puede resultar en beneficios retrasados o en la pierda de beneficios para su hijo.

PARTE 1: LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN ESTUDIANTIL, NO LLENE MÁS QUE UN SOLICITUD PARA CADA HOGAR.

(1) En la letra de molde, escriba el nombre de su hijo/hijos que están solicitando en un solicitud. (Para hijos de crianza, refiera a parte 2)
(2) Escriba la escuela, el grado y la clase.

PARTE 2:-FAMILIAS CON HIJOS DE CRIANZA DEBEN LLENAR ESTE PARTE Y FIRMAR PARTE 5.

Un hijo de crianza es la responsabilidad legal de la agencia de provisión social o de las cortes judiciales y tiene derecho a comidas escolares sin tomar el ingreso de la familia adoptiva. Complete PARTES 1. 2 y 5. Deje sin llenar PARTES 3 y 4.

1. **INGRESO:** Escriba el ingreso monetario de uso personal de su hijo/a. Escriba un cero, "0", si su hijo/a no tiene ingreso de uso personal. Tal ingreso consiste de: (a) dinero proveído por la agencia de provisión para ropa, escuela y gastos personales y (b) dinero proveído por la familia o por trabajos efectuados, ya sea en trabajos fijos o de tiempo parcial.
2. **FIRMA**: Un miembro adulto de la familia adoptiva firmará la solicitud en la PARTE 5.

PARTE 3:- PARA FAMILIAS QUE RECIBEN ACTUALMENTE CUPONES DE ALIMENTOS, TANF, o FDPIR DEBEN LLENAR ESTA PARTE Y FIRMAR PARTE 5. SE REQUEREN SOLICITUDES SEPARADAS PARA AQUELLOS HIJOS EN LA MISMA CASA QUE TENGAN UN NÚMERO DE CASO DIFERENTE

1. NÚMERO DE CASO: Escriba el número de Caso de los Cupones de Alimentos o ADC/TANF. No use el número que está en su tarjeta de benificios. El número de caso esta incluido en su carta de beneficios.
2. FIRMA: Un familiar adulto firmará la solicitud en la PARTE 5. DEJE SIN LLENAR PARTE 4.

***PARTES 4 Y 5: OTROS GRUPOS FAMILIARES**: Si no declara el número de caso de Cupones de Alimentos o ADC/TANF, o somete una Carta de Certificacion Directa, llene PARTES 1, 4, y 5.*

1. NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN EN CASA: Escriba los nombres de todos los que viven con usted. Incluya su nombre y el de su hijo/a cuyo nombre aparece más arriba, su esposo/a, otros hijos/as, otros parientes y personas sin parentesco que también tienen su residencia en su casa. Favor de utilizar una hoja aparte si no hay suficiente espacio en esta sección de la solicitud.
2. INGRESO CORRIENTE: Escriba la cantidad y frecuencia que cada persona recibe en forma de ingreso en la misma linea que su nombre, incluyendo los ingresos, las pensiones y otras fuentes de ingreso. Ingreso significa toda fuente de dineros ganados o adquiridos, disponibles antes del pago de impuestos u otras deducciones. Si el ingreso corriente es mayor o menor que el ingreso usual, escriba este en lugar del corriente. **Especifica la frequencia del ingreso corriente: semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, o anualmente.**
3. INGRESOS EXCLUIDOS: No se tomará en cuenta para calificar para este programa el costo, suministrado o acordado, del cuidado de niños; cualquier cantidad recibida como pago por el cuidado de niños o el reembolso de dicho costo por el Fondo del Desarrollo de Cuidado para Niños (Aportación en Bloque).
4. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Si Ud. llena la información requerida en la PARTE 4, el número del seguro social del firmante también debe ser incluido. Si el firmante no tiene un número de seguro social, escriba la palabra 'NINGUNO". Un miembro adulto de la casa de familia debe firmar la solicitud en la PARTE 5. Un número de seguro social no es necesario si recibe cúpones de alimento, TANF, o FDPIR o si el solicitud es para un hijo de crianza.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los oficiales del programa necesitan información escrita en su solicitud para comidas escolares gratuitos o a precios reducidos. Se requiere su permiso escrito antes de comunicar cualquier información. Favor de leer la Carta paternal de Revelación y Declaración de Consentimiento encerrada para información sobre otros beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE PRIVACIDAD

La Sección 9 del Acto Nacional de Alimento Escolar requiere que, al menos que su hijo/a tenga asignado un número de caso a través de los Cupones de Alimentos o el ADC/TANF, usted debe incluir el número del seguro social correspondiente al adulto firmante de esta solicitud o indicar que el firmante no tiene número de seguro social. El acceso de un número de Seguridad Social es voluntario. Sin embargo, el dar un número de seguro social no es obligatorio, pero si no aparece una indicación con referencia a la falta del número del seguro social del firmante, la solicitud no podra ser aprobada. El número del seguro social puede ser utilizado para verificar la información que aparece en la solicitud. La verificación tendrá lugar por medio de entrevistas, auditorias, comunicación directa con empleadores o las oficinas encargadas de otorgar cupones de alimentos u otros beneficios para determinar la certificación correspondiente para recibir tales cupones o beneficios del ADC/TANF o con la oficina de seguro de empleos del Estado para determinar el total de beneficios recibidos de otros ejemplos documentación obtenida de los miembros de la familia con objeto de verificar el ingreso actual. Si la información resultare ser incorrecta, el resultado será un disminución o suspensión de beneficios o una reclamación de tipo administrativo o legal.

CASOS DE DISCRIMINACIÓN

No se discrimina contra ningún niño debido a raza, sexo, edad, color, orientación sexual, origen nacional o invalidez, en los Programas de Beneficios. Si usted cree que su hijo/a ha sido victima de discriminación, debe escribir a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY) (voz y para sordos)*