

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos o Programa de asistencia suplementaria de nutrición (NJ SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la regulación del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad o represalia. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para los que necesiten TDD llame a USDA las oficinas locales o federales al (800)877- 8339 (TDD) o (800)845-6136 (Español). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD****Si su familia recibe NJ SNAP (cupones de alimentos) o TANF, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y la escuela, incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha

**Parte 2:** Anote el número de caso de algún miembro del hogar (incluyendo adultos) recibiendo NJ SNAP (cupones) o TANF.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos de Seguro Social no son necesarios.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si nadie en su hogar, incluyendo los hijos de crianza (foster), reciben NJ SNAP (cupones de alimento) o TANF y si algún niño en su hogar el sin hogar, emigrante o abandono su hogar, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño, incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar maque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar].

**Parte 4:** Complete esta parte si algún otro niño en su hogar no es elegible como sin hogar, emigrante o abandono su hogar. Vea instrucciones Para todos los demás miembros.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si usted está solicitando SOLAMENTE para un HIJO DE CRIANZA (Foster), siga estas instrucciones:**

Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza (foster):

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la columna a la derecha.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo hijos de crianza, o los que reciben WIC, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote el nombre de cada niño y nombre de la escuela, incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha

**Parte 2:** Si nadie en el hogar tiene número de caso para Cupones de Alimento (NJ SNAP), salte esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar maque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar]. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia de este mes o del mes pasado.

**Columna 1- Nombre:** Anote el nombre y apellido de todos los miembros del hogar.

**Columna 2- Ingreso y cuantas veces fue recibido:** Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos y cuantas veces los recibieron-semanal, cada otra semana, dos veces al mes o mensual. Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. **Otros Ingresos:** Anote la cantidad que cada persona recibió; asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad y cualquier otro ingreso. No incluya ingreso de cupones de alimentos, FDIR, WIC, beneficios de educación federal, pagos para hijos de crianza de la familia o agencia. Para los dueños de negocios, declare ingresos después de gastos bajo Ganancias de trabajo. Esto es para dueños de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe ingreso por combate, no incluya estas asistencias en la solicitud.

**Columna 3- Marque si no hay ingresos por cada miembro del hogar que no recibe ingresos.**

**Parte 5:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar el bloque si no tiene uno).

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea

Application #

School District **Point Pleasant Borough**

Fiscal Year 2012

## SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

## Parte 1. Niños en escuela ( Incluya hijo(s) de crianza -Foster)

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado o Numero de Identificacion	Marque si es hijo(a) de Crianza (Foster)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. Si algun miembro de su hogar recibe cupones de alimento (NJ SNAP) o TANF provea el nombre y numero de caso de la persona recibiendo los beneficios y salte a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios salte a la Parte 4.

Nombre:

Numero de Caso:

Parte 3. Si algun niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a la escuela, al coordinador de emigrantes, o de personas sin hogar.

Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar Parte 4. Ingreso bruto del hogar-Indique cuanto gana y cuando lo recibe por cada persona; **MARQUE COLUMNA 3 SI NO TIENE INGRESOS**

1. Nombre (Anote a <b>todos</b> en su hogar- <b>incluyendo los estudiantes mencionados arriba</b> )	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	
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"/>
8.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>

## Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

## Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una identidad étnica:

- Hispano/ Latino  
 No Hispano ni Latino

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  
 Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico  
 De raza negra o Afro-Americano

**No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.****Error Prone** 

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: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free Reduced Denied Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after 45 days)

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

For State  
Agency Use

F to R		R to F		D to F		SS #		Temp	
F to D		R to D		D to R		Income		Other	