

Complete una solicitud por hogar. Por favor, utilice una pluma (no un lápiz).

Código de Educación de California Sección 49557(a): "Las solicitudes para alimentos gratis o a precio reducido podrán entregarse en cualquier momento del día escolar. Los niños participando en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no deberán ser identificados públicamente con premios/filas especiales, entradas o comedores separados ni de ninguna otra manera".

**PASO 1 Apunte TODOS los miembros del hogar que son infantes, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)**

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".

Los niño de crianza (Foster) y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

Nombre del niño	Segundo nombre	Apellido del niño	Escuela	Grado	¿Estudiante?		Niño de crianza (Foster)	Sin hogar migrante fugado
					Si	No		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marque todo lo que corresponda	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**PASO 2 ¿Algún miembro de su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP, TANF, o FDPIR?**

Si es **NO**> Complete PASO 3 Si es **SI** > Marque la casilla correspondiente del programa, ingrese un número de caso y luego vaya al PASO 4. (No complete el PASO 3)

Seleccione el tipo de programa:  
 CalFresh (SNAP)  CalWORKs (TANF)  FDPIR

Número de caso:  
 Escriba sólo un número de caso en este espacio. (MediCal no aplica)

**PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de su hogar (Omita este paso si su respuesta es "Si" en el PASO 2)**

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos del hogar..

**A. Ingresos del niño**

A veces, los niños del hogar tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros del hogar enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño \$

¿Con que frecuencia?  
 Semanal  Quincenal  Bimestrales  Mensuales

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)**

Enumere a todos los miembros del hogar que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro del hogar enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (**sin centavos**) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos en el hogar (nombre y apellido)	Ganancias del trabajo	¿Con que frecuencia?				Ayuda pública/manutención infantil / pensión alimenticia	¿Con que frecuencia?				Pensión/Jubilación/ Otros ingresos	¿Con que frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	Bimestrales	Mensuales		Semanal	Quincenal	Bimestrales	Mensuales		Semanal	Quincenal	Bimestrales	Mensuales
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros en el hogar (Niños y Adultos)

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de Empleado primario u otro miembro adulto del hogar

Marque si no tiene SSN

**PASO 4 Información de contacto y firma de adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A AL ESCUELA DE SU ESTUDIANTE O AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS NUTRICIÓN**

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

FIRMA REQUERIDA

Firma del adulto

Dirección (si está disponible)

Apartamento n.º

Nombre del adulto que firma el formulario

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de hoy

Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional)

**INSTRUCCIONES Fuentes de ingresos**

**PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS (IEGS)**  
 Utilice la siguiente tabla de ingresos abajo para ver si usted califica para el programa de comidas gratis o a precio reducido  
**Efectivo Julio 1, 2018 – Junio 30, 2019**

Miembros del hogar	Annual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	\$ 30,451	\$ 2,538	\$ 1,269	\$ 1,172	\$ 586
3	\$ 38,443	\$ 3,204	\$ 1,602	\$ 1,479	\$ 740
4	\$ 46,435	\$ 3,870	\$ 1,935	\$ 1,786	\$ 893
5	\$ 54,427	\$ 4,536	\$ 2,268	\$ 2,094	\$ 1,047
6	\$ 62,419	\$ 5,202	\$ 2,601	\$ 2,401	\$ 1,201
7	\$ 70,411	\$ 5,868	\$ 2,934	\$ 2,709	\$ 1,355
8	\$ 78,403	\$ 6,534	\$ 3,267	\$ 3,016	\$ 1,508
Por CADA miembro adicional en el hogar, agregue:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

Fuente de ingresos de adultos y niños			
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia /manutención infantil	Pensión / jubilación / otros	Fuentes de ingreso del niño
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio) Si está en el Ejército de Estados Unidos: -Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de hogar privatizados) - Subsidios por hogar fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Aнуalidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos al hogar	- Ingresos profesionales - Seguridad Social - Pagos por discapacidad -Beneficios al supérstite - Ingreso de una persona fuera del hogar - Ingresos de cualquier otra fuente

Para obtener información o ayuda para llenar este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios de Nutrición al (951) 926-9244, ext. 1262 ó 1261, 27327 Junipero Road, Menifee, CA 92585

**OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al 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

Fax: (202) 690-7442; or

Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**NO LLENAR Solo para uso escolar**

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

How often

Total Income

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Household Size

Eligibility

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verified as:

Homeless  Migrant  Runaway  Direct Cert  Categorical

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date Verifying

Official's Signature

Date