# Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Puede dejar la aplicación en la escuela o
Envié la solicitud completa a: ADS NS 759 E. Pacific Dr. American Fork, UT 84003

Haga su solicitud en línea en:
www.alpineschools.org/nutrition
Haga clic en el cuadro naranja a la izquierda

## PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

Definición de **Miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

| Nombre del niño | Inicial del Segundo nombre | Apellido del niño | ¿Es estudiante? Sí | ¿Es estudiante? No | Nombre de la escuela | Grado | Head Start | Niño adoptivo o | Sin hogar; inmigrante Huyo de casa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | ☐ |

Marque todas las que correspondan

## PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles?

Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique. ☐ SNAP ☐ TANF-FDP ☐ FDPIR

*b.* Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. *No escribe el número de Medicaid.*

## PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omita este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de Ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.

### A. Ingresos de menores

A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

| Ingresos de menores | ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada dos semanas | Bimensual | Mensual |
|---|---|---|---|---|
| $ | ○ | ○ | ○ | ○ |

### B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)

Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ganancias provenientes de empleos | ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada dos semanas | Bimensual | Mensual | Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia | ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada dos semanas | Bimensual | Mensual | Pensiones/jubilaciones/ todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia? Semanal | Cada dos semanas | Bimensual | Mensual |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ | $ | ○ | ○ | ○ | ○ |

**Total de miembros del hogar** ☐☐

**Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar** X X X X X ☐☐☐☐ **Marque si no tiene SSN** ☐

## PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si corresponde) | N.° de apto. | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta | Firma del adulto | Fecha actual

## INDICACIONES — Fuentes de ingresos

### Fuentes de ingresos para menores

| Fuentes de ingresos de menores | Ejemplo(s) |
|---|---|
| - Ganancias provenientes de empleos | -Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial por el cual gana un salario o sueldo |
| - Seguro Social<br>- Pagos por incapacidad<br>- Beneficios para sobrevivientes | -Un niño es ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social<br>-Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social |
| -Ingresos de persona fuera del hogar | -Un amigo o familiar regularmente le da dinero a un niño para sus gastos |
| -Ingresos de cualquier otra fuente | - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso |

### Fuentes de ingresos para adultos

| Ganancias provenientes de empleos | Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de menores | Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos |
|---|---|---|
| - Salario, sueldos, premios en efectivo<br>- Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa)<br>- Strike benefits<br><br>Si usted forma parte de las fuerzas militares de los EE. UU.:<br><br>- Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada)<br>- Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta | - Beneficios por desempleo<br>- Compensación a trabajadores<br>- Ingreso de Seguro Complementario (SSI)<br>- Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local<br>- Pagos por pensión alimenticia<br>- Pagos por manutención de menores<br>- Beneficios para veteranos | - Seguro Social (incluida la jubilación de ferroviarios y el seguro por neumoconiosis del minero [pulmón negro])<br>- Pensiones privadas o beneficios por incapacidad<br>- Ingresos regulares de fideicomisos o herencias<br>- Pensiones alimenticias<br>- Ingresos por inversiones<br>- Intereses ganados<br>- Ingresos por rentas<br>- Pagos regulares en efectivo desde el exterior del hogar |

## OPCIONAL — Identidades raciales y étnicas de los niños

Se nos requiere solicitarle información sobre el origen racial y étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar un servicio completo para nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Origen étnico (marcar uno):** ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino

**Raza (marcar una o más):** ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico ☐ Blanco

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información de esta solicitud. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo(a) para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un menor en cuidado de crianza o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo(a), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con el personal de las fuerzas del orden público para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados a financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario denuncia, llama al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## No completar — Solo para uso administrativo

Annual Income Conversion: Weekly (semanal) x 52, Every 2 Weeks (cada dos semanas) x 26, Twice a Month (bimensual) x 24, Monthly (mensual) x 12

Total Income

How Often?

| Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility:

| Free | Reduced | Paid/ Denied |
|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ |

Error Prone ☐

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date