

FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS PARA EL AÑO ESCOLAR _____

Complete, firme y devuelva el formulario a _____. Por favor lea las instrucciones. Si usted necesita ayuda para completar este formulario llame al: _____.

1 NOMBRE DEL NIÑO:

Apellido	Nombre	Inicial 2° Nombre
----------	--------	-------------------

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN LA ESCUELA, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN JARDÍN INFANTIL, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:

Grado del niño: _____

Nombre del Jardín Infantil: _____

O

Nombre de la escuela: _____

Nombre del proveedor de cuidado de niños en su casa: _____

Nombre del patrocinador (si lo sabe): _____

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE ALIMENTOS EN EL VERANO (“SFSP”), MARQUE ESTA CASILLA []

2 ¿Es este un niño a cargo de servicios sociales? (Vea las instrucciones) Si este es un niño a cargo de servicios sociales, marque aquí [] y anote el ingreso mensual para uso personal del niño aquí: \$_____. Vaya a la sección #5.

3 ¿Está usted recibiendo beneficios de CUPONES PARA ALIMENTOS, “TANF” o “FDPIR” para su hijo? Anote el NÚMERO DEL CASO. NO complete la sección #4. Vaya a la sección #5.

Número del caso de cupones para alimentos: _____ Número del caso de “FDPIR”: _____

Número del caso de “TANF”: _____

4 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: (Complete esta parte sólo si no completó las secciones #2 o #3) Anote a todos los miembros del grupo familiar, incluyendo al niño que se nombra más arriba. Anote todos los ingresos. Vaya a la sección #5.

Nombres	Actual Ingreso Mensual			
Nombres de los miembros del grupo familiar (incluya al niño que se nombra anteriormente)	Ingresos mensuales del trabajo (antes de las deducciones) Trabajo 1	Asistencia social, pensión para hijos, pensión alimenticia mensual	Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguro social	Ingresos mensuales del trabajo 2 o cualquier otro ingreso mensual
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
10. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
11. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
12. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de cupones para alimentos, "FDPIR", "TANF" u otro programa elegible es vigente, correcto o que se da cuenta de todos los ingresos. Entiendo que se da esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la institución pueden verificar la información en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

Firma del adulto: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

¿Es usted un proveedor de cuidado de niños en su casa que está solicitando beneficios a Nivel I? Sí [] No []

Nombre en letra imprenta: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha: _____

Declaración de la Ley de Privacidad. A menos que usted anote el número del caso de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" de niño o esté solicitando para un niño a cargo de los servicios sociales, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que usted incluya el número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario o que indique que el miembro del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social. No tiene que anotar un número de seguro social, pero si no se anota un número de seguro social o no se hace la indicación que el miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social, no podemos aprobar el formulario. El número de seguro social puede usarse para identificar al miembro del grupo familiar al verificar la exactitud de la información expresada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y puede incluir comunicarse con empleadores para determinar el ingreso, comunicarse con una oficina de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" para determinar la certificación actual para los beneficios de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF", comunicarse con la oficina estatal de seguridad del empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobar la documentación presentada por el miembro del grupo familiar para comprobar el monto del ingreso recibido. Esas acciones pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, demandas administrativas o acciones legales si se da información incorrecta. El número de seguro social también puede revelarse a programas según se autoriza en la Ley Nacional de Almuerzo Escolar y la Ley de Nutrición Infantil, al Contralor General de los Estados Unidos y a los funcionarios del orden público con el propósito de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

6 IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA: No está obligado a contestar estas preguntas. Si decide hacerlo:

Por favor marque una o más de las siguientes identidades raciales:

[] Indígena estadounidense o nativo de Alaska [] Asiático [] Negro o afroestadounidense [] Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico [] Blanco

Por favor marque una de las siguientes identidades étnicas:

[] Hispano o latino [] No hispano o latino

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. ("USDA") prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base a la raza, color de la piel, país de origen, género, edad o discapacidad. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de la información del programa (Braille, letras grandes, cinta de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET de "USDA" al (202) 720-2600 (voz y para sordos).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5946 (voz y para sordos). "USDA" es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Para Uso Oficial Solamente:

Grupo familiar categóricamente elegible gratuito para cupones para alimentos/"FDPIR"/"TANF" u otro programa elegible para beneficios (sólo hogares de cuidado de niños nivel II):

[] Sí [] No

CONVERSIÓN DEL INGRESO MENSUAL: SEMANALMENTE x 4,33, CADA 2 SEMANAS X 2,15, DOS VECES AL MES X 2

Ingreso mensual total: _____ Tamaño del grupo familiar: _____ Elegible: _____ NO Elegible: _____

Clasificación de elegibilidad: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____ Pagado: _____ Provisional: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____
Nivel I _____ Nivel II _____ Período de tiempo: _____

Funcionario que determina: _____

Firma: _____

Fecha: _____