**SATSOP SCHOOL DISTRICT #104**

**Complete, firme y envíe esta solicitud a:** PO Box 96, Satsop WA 98583

**Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:** **[ ]  [ ]** Sin hogar **[ ]** Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianzay niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una “x” en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “x” el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|       |       |     | **[ ]**  |       |       |       | $      | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       |       |     | **[ ]**  |       |       |       | $      | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       |       |     | **[ ]**  |       |       |       | $      | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       |       |     | **[ ]**  |       |       |       | $      | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       |       |     | **[ ]**  |       |       |       | $      | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

1. **Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.**

 [ ]  Basic Food [ ]  TANF [ ]  Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indigenas (FDPIR) Numero de caso:

1. **Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar**(no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Niño de crianza | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI) | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|       | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | $       | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

1. **Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):**       **Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)** Marcar si no tiene SSN: [ ]
**(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado)** **del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar**
2. **Información de contacto y firma** – **Complete, firme y envíe esta solicitud a:** INSERT FULL APPLICATION PROCESSING ADDRESS HERE

 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma del miembro adulto del grupo familiar** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dirección de correo electrónico** |
| --- | --- | --- |

| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Dirección postal** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, & Código postal** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Teléfono durante el día** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha** |
| --- | --- | --- | --- |

**6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido**

Marque una o más identidades raciales: [ ]  Indio americano o Nativo de Alaska [ ]  Asiático Marque una identidad:

 [ ]  Negro o Afroamericano [ ]  Nativo de Hawái o isleño del pacifico [ ]  Hispano o Latino

[ ]  Blanco [ ]  No Hispano o Latino

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 fi a 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 Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), 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 fi a 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, fi 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 las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

**(1)correo: (2)fax: (3)correo electrónico:**

U.S. Department of Agriculture (833)256-1665 o (202) 690-7442; o program.intake@usda.gov

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410; or

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

INSERT DISTRICT NONDISCRIMINATION STATEMENT HERE

| **PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR** |
| --- |
| ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies). |

| **LEA APPROVAL**: [ ]  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster [ ]  Income Household | Total Household Size       Total Household Income $       | Weekly[ ]  | Bi-Weekly[ ]  | 2x per Month[ ]  | Monthly[ ]  | Annual[ ]  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| **APPLICATION APPROVED FOR:** [ ]  Free Meals[ ]  Reduced-Price Meals | **APPLICATION DENIED BECAUSE:** [ ]  Income Over Allowed Amount [ ]  Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Incomplete/Missing Information |
| --- | --- |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Date Notice Sent Signature of Approving Official Date