

Mayo ISD, 202 2-202 3 Solicitud estándar (multi-niño) para comidas escolares gratuitas y a precio reducido

Esta caja solo para uso escolar.

Fecha de retirada:

Complete una solicitud por hogar. Por favor, use un bolígrafo (no un lápiz). **Solicite en línea en mayisd.com**

Paso 1: Definición de miembro del hogar: *cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no está relacionado.* Niños en cuidado de crianza; los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos o que participan en Head Start son elegibles para comidas gratuitas. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

R. Enumere a TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12. Si se necesitan más espacios, utilice la sección Nombres adicionales en la parte posterior.

Haga una lista del nombre de cada niño.

¿El estudiante asiste a la escuela en el distrito?

Opcional: Número de identificación del estudiante

Marque todo lo que corresponda.

Nombre	MI	Apellido	Sí No		Grado	Respaldar	Head Start	Sin hogar	Migrante	Fugitivo
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Participación en un programa categórico

• **Si todos los niños** enumerados en el Paso 1 son participantes de cualquiera de los siguientes programas: Foster, Head Start, Homeless, Migrant o Runaway, **omite** el Paso 2 y **complete** el Paso 3.

• **SNAP, TANF o FDPIR:** ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en SNAP, TANF y / o FDPIR?

Si **no es así**, **complete** los pasos 2 y 3. Si **es sí a SNAP/TANF** > **escriba** el número del Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG) en este espacio _____

Si **sí a FDPIR**, marque esta casilla , **omite** el paso 2 y **complete** el paso 3.

Paso 2: Lea las instrucciones para obtener más información sobre las siguientes preguntas.

Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si ingresó un número EDG o marcó la casilla para indicar la participación en FDPIR en el Paso 1).

A. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de un miembro adulto del hogar: XXX-XX ____ ____ ____ ____ Compruebe si no hay SSN

B. Ingresos para los miembros adultos del hogar (indíquese a sí mismo, pero no a los niños. Si se necesitan más espacios, utilice la sección Nombres adicionales en la parte posterior.)

Haga una lista de todos los miembros del hogar **que no figuran en el PASO 1** (incluido usted mismo), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso total (sin deducciones) para cada fuente en dólares enteros solamente. **Indique** la frecuencia de ingresos: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Nombre/apellido del adulto (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. El ingreso de los niños va en 2C.)	Ingresos laborales (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)	Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia		Pensiones/Jubilación/Se guro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario		Todos los demás (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)
			(Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)	(Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)		
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos para niños en el hogar (No incluya los ingresos de adultos. Informe cualquier tipo de ingreso regular para los niños en el hogar. Si se necesitan más espacios, use la sección Nombres adicionales en la parte posterior).

Registre los ingresos totales por frecuencia para cada niño que recibe ingresos regulares enumerados en el Paso 1.

	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

D. Total de miembros del hogar (cuente todos los niños y adultos que viven en el hogar) _____

Paso 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione información de contacto y firma de adulto. Devuelva esta solicitud a April Chambers 3400 County Road 411, mayo de Texas 76857, April.chambers@mayisd.org, fax 254-259-2135 o regrese a la escuela de su hijo

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se informan. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Dirección/Apartamento #	Ciudad	Estado	Cremallera	Teléfono y correo electrónico durante el día (opcional)
Nombre impreso del miembro adulto del hogar que firma el formulario		Firma del miembro adulto del hogar que firma el formulario		Fecha de hoy

Paso 1: Nombres adicionales

R. Enumere a **TODOS** los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12. Si se necesitan más espacios, use la Hoja de miembro adicional del hogar en la parte posterior.

Haga una lista del nombre de cada niño.

Nombre	MI	Apellido	¿El estudiante asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de identificación del estudiante	Marque todo lo que corresponda.				
			Sí	No			Respaldar	Head Start	Sin hogar	Migrante	Fugitivo
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paso 2: Nombres adicionales

B. **Ingresos para los miembros adultos del hogar** (indíquese a sí mismo, pero no a los niños)

Nombre/apellido del adulto (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. El ingreso de los niños va en 2D.)	Ingresos laborales (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)	Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)	Pensiones/Jubilación/Se guro Social/Seguridad de Ingreso Suplementario (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)	Todos los demás (Ingrese el monto)	Frecuencia (Círculo Uno)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. **Ingresos para niños en el hogar** (No incluya los ingresos de los adultos. Informe cualquier tipo de ingreso regular para los niños en el hogar).

Registre los ingresos totales por frecuencia para cada niño que recibe ingresos regulares enumerados en el Paso 1.

	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información sobre esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal o enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación 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 los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

No rellene esta parte. Esto es solo para uso escolar.

Determinación de ingresos: Las frecuencias de ingresos múltiples deben convertirse en cantidades anuales y combinarse para determinar los ingresos del hogar. No convierta si el hogar solo proporciona una frecuencia de ingresos. Si convierte los ingresos en anuales, redondee solo el número final: Conversión anual de ingresos: Semanal x 52 Cada 2 semanas x 26 Dos veces al mes x 24 Mensual x 12 Tamaño del hogar: _____ Ingresos totales: _____ Semanalmente cada 2 semanas dos veces al mes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> al mes anualmente <input type="checkbox"/>		Fecha de recepción: Determinación categórica: <input type="checkbox"/> Elegibilidad: Gratis Reducido Denegado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Revisión/determinación de la firma/fecha del funcionario	Confirmación de la firma/fecha del funcionario	