

PASO 1 Enumere **TODOS** los miembros del hogar que hijo bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusivo (si se requieren más espacios para nombres adicionales,

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados".

Los niños en **cuidado de crianza** temporal y los niños que cumplen con la definición de personas **sin hogar, migrantes o fugitivos** son elegibles para comidas gratuitas. Lea

| Nombre del niño | MI | Apellido del niño | grado | ¿estudian te? Si No | Niño de crian za | Sin hogar, migrante, fugitivo |
|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|---|-------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Compruebe todo lo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

PASO 2 ¿Alún miembro del hoar (incluido usted) participa actualmente en ONU o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDIR?

Si NO > vaya al PASO 3. **Si SÍ** > Escriba un número de caso aquí y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

escribir solamente Uno caso número en éste espacio.

PASO 3 Informe de ingresos para **TODOS** los miembros del hogar (Omita este paso si respondió 'Si' al PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Voltee la página y revise los gráficos titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La tabla "Fuentes de ingresos para niños" le ayudará con la sección de ingresos por hijos.

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

A. Ingresos por hijos

A veces, los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Por favor, incluya aquí los ingresos **TOTAL**es recibidos por todos los Miembros del Hogar enumerados en el PASO 1.

Ingresos de los hijos

\$

¿Con qué frecuencia?

semanal Quincena 2x Mes mensual

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

Enumere todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluyéndole a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar que aparece en la lista, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso que reportar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (primero y último) | Ganancias del trabajo | ¿Con qué frecuencia? | | | | público Asistencia/niño Soporte/Pensión alimenticia | ¿Con qué frecuencia? | | | | Pensiones/Jubilación/ todo Otro renta | ¿Con qué frecuencia? | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | semanal | Quincena | 2x Mes | mensual | | Semanal Bi- | 2x Mes | mensual | semanal | | Quincena | 2x Mes | mensua | |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) de de

Compruebe si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto. **Envíe por correo el formulario completo a: Programa de Nutrición Escolar del Condado de Cumberland, 368 Fourth Street, Crossville, TN.**

Dirección de la calle (si está disponible)

Apt #

Nombre impreso del adulto firmando el formulario **(REQUERIDO)**

City

State

Zip

Firma del adulto **(REQUERIDO)**

Daytime Phone and Email (opcional)

Fecha de ho

| Fuentes de ingresos para los niños | |
|--|---|
| Fuentes de ingresos de los hijos | Ejemplo(s) |
| - Ganancias del trabajo | - Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un salario o salarios |
| - seguridad social - Pagos por discapacidad - Beneficios para sobrevivientes | - ONU niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro social - ONU padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro |
| -Ingresos de personas ajenas al hogar | - Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño que gasta |
| -Ingresos procedentes de cualquier otra fuente | - Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso |

| Fuentes de ingresos para adultos | | |
|---|--|--|
| Ganancias del trabajo | Asistencia Pública / Pensión | Pensiones / Jubilación / |
| - Sueldo, salarios, bonos en efectivo - Ingresos netos procedentes del trabajo por cuenta propia (explotación agrícola o empresarial) Si usted está en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: - Salario básico y | - Prestaciones de desempleo - Compensación al trabajador - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención de los hijos | - Seguro Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios de pulmón negro) - Pensiones privadas o prestaciones por invalidez - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios - Anualidades - Ingresos por inversiones - Intereses devengados |

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno): Hispanos o latinos No Hispanos o Latinos
 Raza (marque uno o más): Indio americano o nativo de Alaska asiático Negro o afroamericano nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico blan

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. Usted 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 o usted enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus, por sus) o un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR, por sus familiares) 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 las violaciones de las reglas del programa.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

correo: EE. UU. Departamento de Agricultura
 Oficina del Subsecretario de Asuntos Civiles
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410
 fax: (202) 690-7442, o
 correo electrónico: program.intake@usda.gov.
 Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los EE. UU. Las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

No llene solo para uso escolar

Conversión anual de ingresos: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24 mensuales x 12

elegibilidad:

Ingresos totales

cómo ¿frecuentemente?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| semanal | Quincenal | 2x Mes | mensual |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tamaño del hogar

Elegibilidad categórica

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| gratis | reducido | negado |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Determinación de la firma del funcionario

fecha

fecha

Confirmación de la firma del
funcionario

feh
a

Verificación de la firma del
funcionario

feh
a