



SCHOOL  
NUTRITION  
PROGRAMS

VIRGINIA DEPARTMENT OF EDUCATION

## 2022-2023 CARTA A HOGARES

Estimado Padre/Tutor:

Los niños necesitan comidas sanas para poder aprender. Las Escuelas de la Ciudad de Salem ofrecen comidas sanas todos los días. El desayuno para estudiantes cuesta **\$1.25** y el almuerzo cuesta **\$2.70/Primaria y \$2.90 Secundaria/Preparatoria**. Sus hijos puedan calificar para desayuno y almuerzo gratuito o a costo reducido. El desayuno a precio reducido cuesta **\$ 0.30** y el almuerzo a precio reducido cuesta **\$ 0.40**. **El costo de las comidas a precio reducido se dispensa en el año escolar 2022-2023. Por lo tanto, los estudiantes aprobados para recibir comidas a precio reducido no tendrán que pagar.**

Todas las comidas provistas deben cumplir con los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura estadounidense. Sin embargo, si un médico ha determinado que un estudiante es discapacitado y esa discapacidad previene que ese estudiante coma la comida normal de la escuela, la escuela hará sustituciones *recetadas* por el médico. No habrá costo adicional para la comida si se receta una sustitución. Si el estudiante suyo necesita sustituciones debido a una discapacidad, por favor contacte a **Dr. Forest Jones** al **540-389-0130** para más información.

Los niños de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) o de Ayuda Provisional para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir comidas gratuitas. Los niños de hogares sustitutos quienes son la responsabilidad legal de una agencia de cuidado sustituto o de la corte son elegibles para recibir comidas gratuitas. También los niños que son elegibles para Medicaid puedan ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido dependiendo de los ingresos del hogar. Los niños de familias que participan en WIC puedan ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido dependiendo de los ingresos del hogar. Si la cantidad total de los ingresos de su hogar es igual o menos que indican las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos en la tabla a continuación, sus hijos puedan recibir comidas gratuitas o a precio reducido. La aplicación de sus hijos del año escolar pasado es válida solo por los primeros días de este año escolar. **Usted debe mandar una aplicación nueva para su hogar cada año escolar.**

## PAUTAS FEDERALES DE INGRESOS:

Sus hijos puedan ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar quedan dentro de los límites de las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos que aparecen en la tabla siguiente:

<b>TABLA DE INGRESOS</b>			
<b>para comidas gratuitas o a precio reducido</b>			
Con efecto 1 julio 2022 a 30 junio 2023			
Número de personas en el hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	25,142	2,096	484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,642	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Por cada miembro adicional del hogar agregue:	8,732	728	168

## COMO APLICAR

Es posible que los hogares que reciben SNAP o TANF para sus niños desde el 1 julio no tengan que llenar una aplicación. Los oficiales escolares le notificarán por escrito acerca de la elegibilidad de sus niños para recibir beneficios de comidas gratuitas. Una vez que le notifiquen sus hijos recibirán comidas gratuitas, a no ser que usted le diga a la escuela que no desea ese beneficio. **Si no le notifican a más tardar el 17 octubre 2022, debe entregar una aplicación.** La aplicación debe incluir los nombres de todos los estudiantes en el hogar, el número de caso de SNAP o TANF, y la firma de un adulto del hogar.

**Si usted no recibe beneficios de SNAP o TANF para sus hijos, completa una aplicación y entréguela a las escuelas. Si usted no incluye el número de caso de SNAP o TANF** de los niños para quienes aplica, la aplicación debe incluir los nombres de todos los estudiantes, los nombres de **todos** los miembros del hogar, la cantidad de ingresos que recibió cada persona el mes pasado, y con qué frecuencia la recibió. Un adulto del hogar **debe firmar la aplicación** e incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social. Si esa persona no tiene número de seguro social, marque la casilla que indica ninguno. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.

**Si usted está aplicando para un niño de hogar sustituto** y ese niño es la responsabilidad de una agencia de asistencia pública o de la corte, es posible que no se requiera una aplicación. Para más información contacte a **Pamela Smith** al **540-389-0130**. Si está aplicando para un niño sin hogar, migrante o fugado de su casa, es posible que no sea necesaria una aplicación. Para más información contacte a **Dr. Forest Jones** al **540-389-0130**.

**No se puede aprobar una aplicación incompleta. Una aplicación sin firma se considera incompleta. Debe mandar una aplicación nueva cada año escolar.**

## OTROS BENEFICIOS:

Sus hijos puedan ser elegibles para otros beneficios tales como el programa de seguro médico para niños de Virginia que se llama Acceso Familiar a Seguridad de Seguro Médico (FAMIS por sus siglas en ingles) y/o Medicaid. La ley permite que el distrito escolar comparta la información sobre su elegibilidad para comidas gratuitas o a precio reducido con Medicaid y FAMIS. Estos programas pueden utilizar esa información para identificar niños que puedan ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido e inscribirlos en Medicaid o FAMIS. A estas agencias no se les permite usar la información de su aplicación para comidas gratuitas o a precio reducido para ningún otro propósito. Es posible que oficiales de Medicaid u oficiales de FAMIS le contacten para obtener más información. No se requiere que usted nos permita compartir esta información con los programas de Medicaid o FAMIS. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Si usted no desea que su información se comparta, por favor marque la casilla apropiada en la sección 6 de la aplicación. Es posible

que califique para otros programas de asistencia. Contacte a la oficina de servicios sociales en su área para averiguar cómo solicitar ayuda de SNAP u otros programas.

## **CONFIDENCIALIDAD Y AVISO INFORMATIVO:**

Los oficiales escolares usan la información en su aplicación para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para verificar su elegibilidad. Según la autorización de la ley nacional de almuerzo escolar, el distrito escolar puede informarles a oficiales relacionados con otros programas de nutrición infantil, salud y de educación de la información en su aplicación para determinar beneficios de esos programas o para propósitos de fondos y/o evaluación.

## **VERIFICACIÓN:**

Los oficiales escolares puedan chequear su elegibilidad en cualquier momento durante el año escolar. Los oficiales escolares le puedan pedir que mande información para comprobar si sus hijos deben recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

## **AUDIENCIA IMPARCIAL:**

Si usted no está de acuerdo con la decisión en su aplicación o con los resultados de la verificación, puede considerar hablarlo con los oficiales de la oficina de nutrición escolar llamando al número a continuación. También tiene el derecho a una audiencia imparcial si desea revisar la decisión final en su aplicación. Puede solicitar una audiencia imparcial por teléfono o por escrito al siguiente oficial:

Nombre del Oficial de Audiencias: **Dr. Forest I. Jones, Director de Servicios Administrativos**

Dirección: **510 S. College Avenue, Salem, VA 24153**

Teléfono: **540-389-0130**

**APLICAR DE NUEVO:** Usted puede aplicar de nuevo para comidas gratuitas o a precio reducido en cualquier momento del año escolar. Si no es elegible ahora, pero hay algún cambio en su situación, tal como una reducción en los ingresos del hogar, más personas en su hogar, desempleo, o si consigue beneficios de SNAP o TANF para sus hijos, haga una aplicación en ese momento.

**Si necesita ayuda para llenar la aplicación, por favor contacte a la escuela donde asisten sus hijos, o a la oficina central de nutrición escolar. Devuelva la aplicación completa con su firma a: Salem City Schools, Attn: Pamela Smith, 510 S. College Avenue, Salem, VA 24153.**

Se le notificará cuando se apruebe o deniegue la aplicación de sus hijos. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a:

**Dr. Forest I. Jones, Director de Servicios Administrativos**

Teléfono: **540-389-0130**

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Scott L. Jones". The signature is written in a cursive style with a long horizontal flourish at the end.

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglas y política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en ingles), se prohíbe que esta institución discrimine por razón de raza, color, país de origen, género (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o contrataque por previa actividad de derechos civiles.

Se puede proveer información del programa en otros idiomas distintos al inglés. Personas con discapacidades que requieren otros medios de comunicación (p. ej., braille, letra grande, grabación de audio, lenguaje de seña americano), deben contactar la agencia local u estatal que administra el programa, o al Centro de TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Derivar Información al (800) 877-8339.

Para hacer una queja por discriminación, el demandante debe completar el formulario AD-3027, formulario del USDA de queja por discriminación, disponible por este enlace de internet: <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, por teléfono al (866) 632-9992, o por carta escrita dirigida al USDA. La carta debe incluir una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalle suficiente para informarle al Secretario Asistente de Derechos Civiles (ASCR por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y fecha de una alegación de violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o carta se debe entregar al USDA por:

**correo:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o

**fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

**correo electrónico:**

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución provee igualdad de oportunidades.

**2022-2023 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**  
**COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Sólo Para Uso de Oficina

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

**Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)**

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA**
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>

\*\* Si esta solicitud es para un Hijo de Crianza y es la responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque el bloque y salte a la Parte 5. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, complete Parte 2 o salte a la Parte 4 si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.

**Parte 2. SNAP or TANF: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT):                 (Número de caso es de 7-12 dígitos)

**Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.**  
 Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar  Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.

**Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.**

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba)  No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba cada cuánto tiempo se recibe esa cantidad, por ejemplo: (S) = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual	Ingresos por Trabajo ANTES de Las Deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio.	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos.	Otros Ingresos
		Pagos, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo o ingresos por ser propietario de un negocio.				
		Trabajo 1	Trabajo 2			
		Cantidad/Frecuencia	Cantidad/Frecuencia	Cantidad/Frecuencia	Cantidad/Frecuencia	Cantidad/Frecuencia
<b>EXAMPLE:</b> Jane Doe	32	\$ 18,000 / 2M	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /
1.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
5.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
6.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
7.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
8.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
<b>Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos)</b>	<input type="text"/>					

**Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta**

Marque una identidad étnica:  hispano o latino  No hispano o latino  
 Marque una o más de las identidades raciales: (sin importar la identidad étnica)  
 Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  De raza negra o Afro-Americano  Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico

**Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico:** Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en inglés). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

**Parte 6b OTROS:** Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. **SI**, doy permiso para que la información contenida en esta solicitud se utilice solo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.

**Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se han divulgado. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XXX-XX-

No tengo número de Seguro Social

SIGN HERE

Los 4 números últimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud

Firma del adulto que reside en el hogar

Fecha

Dirección postal:	Código postal:	DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY
		Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12
TOTAL INCOME/HOW OFTEN: \$ _____ / _____ HOUSEHOLD SIZE _____ <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Foster Child		
<input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Approved Reduced <input type="checkbox"/> Other: _____		
<input type="checkbox"/> Denied Reason: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application		
Date Approval/Denial Notice Sent To Household:	Signature of Approving Official:	
Transferred/Withdrawn Date:	Transferred To:	
VERIFICATION SUMMARY: Date Selected:	Date of Confirmation Review:	Reviewer's Initials:
Date Response Due:	Date of 2 <sup>nd</sup> Notice:	Date Verification Results Notice Sent:
Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid		
Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> SNAP/TANF Eligibility		
Date:	Verifying Official's Signature:	

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene **una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela** y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda. **NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA AÑO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.**

### UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED EN SU HOGAR.

#### SI UN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

**Parte 3:** Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

#### SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES Emigrante, Abandonó su Hogar O NO TIENE HOGAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

#### SI ESTA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DE CRIANZA Y ES LA RESPONSABILIDAD DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O UNA CORTE, MARQUE EL BLOQUE Y SALTE A LA PARTE 5. SI HAY OTROS ESTUDIANTES EN EL HOGAR QUE NO SON HIJOS DE CRIANZA, COMPLETE PARTE 2 O SALTE A LA PARTE 4 SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si **todos** los niños en su hogar son hijos de crianza:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

**Partes 2, 3 y 4:** Salte estas partes.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

Si **más de un niño en su hogar son hijos de crianza y otros niños en su hogar no son hijos de crianza:**

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

#### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDIPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener la 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 con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY), o deben comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el denunciante debe completar un Formulario AD-3027. Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que puede conseguir en línea en [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA\\_OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](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 y el número de teléfono del denunciante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con los detalles suficientes para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de derechos civiles. Debe enviarse el Formulario AD-3027 completado o la carta al USDA por:

- Correo postal:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- Fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442
- Correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)