

# 20 Solicitud del hogar para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido

Complete solo una solicitud por hogar. Utilice un lapicero negro o azul para rellenar la solicitud (NO un lápiz). Vea las instrucciones paso a paso para obtener más información.

## PASO 1: Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

| Nombre del estudiante | Inicial del segundo nombre | Apellido del estudiante | Fecha de nacimiento (MM/DD/YY) |                      |                      | Grado                | Hogar de acogida temporal | Fugitivo                 | Sin hogar                | Migrante                 |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____                 | _____                      | _____                   | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | _____                      | _____                   | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | _____                      | _____                   | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____                 | _____                      | _____                   | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marque todo lo que corresponda. Consulte las instrucciones para obtener información sobre las categorías.

¿Algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF/CO Works, o FDIPIR? Si la respuesta es **sí**, anote el número de caso y pase al PASO 3. Si la respuesta es **no**, pase al PASO 2. Caso n.º

## PASO 2: Reporte los ingresos de todos los miembros del hogar, incluidos los estudiantes.

Enumere a todos los adultos en su hogar. Informe sus **ingresos brutos totales**. Si un adulto no tiene ingresos, escriba cero (0). Añada a los estudiantes en su hogar que reciben ingresos. Consulte las instrucciones para más información.

| Nombres de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar | Ingresos por trabajo    | Asistencia pública/Manutención infantil/ Pensión alimentaria |                          |                          |                          |                          | Pensiones/ Retiro/ Todos los ingresos adicionales |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                         | semanal  | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensual                  | Anual                    | semanal   | Cada 2 semanas           | 2 veces al mes           | Mensual                  | Anual                    |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="text"/>                          | \$ <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <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="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="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="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="checkbox"/> | \$ <input type="text"/>                           | <input type="checkbox"/> |

Número total de miembros del hogar (todos los niños y adultos que viven en su hogar)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social. No es necesario para EBT de verano

Marque la casilla si no tiene Número de Seguro Social

## Paso 3: Firma e información de contacto

"Certifico que mis hijos no están recibiendo beneficios de EBT de Verano en otro estado u Organización Tribal Indígena. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de Fondos Federales, y que los Funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y Federales aplicables."

|                                       |                      |                      |                      |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección de correo o apartado postal | Ciudad               | Estado               | Código postal        |

Dirección de correo electrónico:

Teléfono fijo o móvil:

FIRMA de un miembro adulto del hogar (requerida):

Nombre y apellido en letra de imprenta de la persona que firma:

Fecha:

**Continúe en la página 2**

**Paso 4: Divulgación de información**

Los detalles que proporciona en este Formulario se utilizarán con programas educativos estatales y pueden compartirse con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children’s Health Insurance Program, SCHIP).

**no** comparta la información con Medicaid/SCHIP.

**Comparta mi información con los siguientes programas que he indicado:**

- Examen de Colocación Avanzada (*Advanced Placement, AP*) y/o tarifas de libros de AP
- Examen de Oportunidad de Colegio Acelerado y/o tarifas de libros

**Ingrese la dirección de la escuela/distrito:**

**OPCIONAL: Identidades étnicas y raciales de los niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Responder es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitos o a precio reducido.

- Grupo étnico (marque uno):**  Hispano o latino  No hispano o latino
- Raza (marque una o más):**  Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano
- Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico  Blanco

**Declaración de Uso de Información:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido o EBT de verano. 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 solicita EBT de verano en nombre de un niño de acogida o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir 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 ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.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: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o

(2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per month x 24; Monthly x 12

**Form Type**

- Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_ Household Size \_\_\_\_\_
- Household Income Frequency  Weekly  Every Two Weeks  Twice a Month  Monthly  Annually
- Categorical Eligibility**
- SNAP  FDPIR  TANF  Foster  Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

**Form Status**

- Approved  Free  Reduced
- Denied  Over Income Guidelines  Incomplete/Missing \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

**Determining Official Signature:** \_\_\_\_\_ **Approval / Denial Date:** \_\_\_\_\_ **Notification Sent:** \_\_\_\_\_

Note: All types of income must be combined in total household income, not just earnings from work.

# Declaración médica por discapacidad alimentaria: modificación de las comidas escolares

**¡Importante!** Lea atentamente y siga los procedimientos para una discapacidad dietética. La escuela devolverá las Declaraciones Médicas incompletas al padre/tutor. Si tiene preguntas sobre este formulario, el contacto de la escuela mencionado en la Parte A a continuación lo ayudará.

## Modificación por incapacidad dietética:

- Se requiere que una escuela haga modificaciones en las comidas prescritas por un médico autorizado para adaptarse a la discapacidad dietética del estudiante.
- Si se trata de una alergia alimentaria potencialmente mortal que provoca anafilaxia, asegúrese de que el personal de enfermería de la escuela complete el formulario del Plan de acción para alergias y anafilaxia.

## Definición de discapacidad:

Según la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), una "persona con una discapacidad" significa "cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tenga un historial de tal impedimento, o se considera que tiene tal impedimento".

Las principales actividades de la vida cubiertas por esta definición incluyen: cuidar de uno mismo, comer, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar. Las principales actividades de la vida también incluyen "funciones corporales principales", tales como: funciones del sistema inmunológico, crecimiento celular normal, funciones digestivas, intestinales, de vejiga, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, cardiovasculares, endocrinas y reproductivas. El término "discapacidad física o mental" incluye, entre otras, enfermedades y afecciones tales como: • Deficiencias ortopédicas, visuales, del habla y auditivas. • Cardiopatía

- Parálisis cerebral • Enfermedades metabólicas, como diabetes o fenilcetonuria (PKU) • Epilepsia • Anafilaxia alimentaria (alergia alimentaria grave)
- Distrofia muscular • Retraso mental
- Esclerosis múltiple • Enfermedad emocional
- Cáncer • Drogadicción y alcoholismo

## Llenando el formulario:

- La Parte B de este formulario debe ser completada por un médico autorizado (MD o DO).
- Las partes A y C de este formulario también deben completarse antes de que la escuela pueda realizar modificaciones en las comidas.
- Las modificaciones de las comidas continuarán hasta que un médico autorizado solicite que se cambien o suspendan las modificaciones en el formulario SD-3, que está disponible en la escuela.
- Se recomienda encarecidamente que un médico autorizado actualice anualmente el orden de la dieta prescrita.

## Parte A. Información de contacto del estudiante, padre/tutor y escuela – Para ser completado por un padre/tutor o persona de contacto de la escuela

|                                 |                                   |             |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| 1. Nombre del estudiante:       | 2. Fecha de nacimiento:           | 3. Escuela: |
| 4. Nombre del padre/tutor:      | 5. Teléfono del padre/tutor:      |             |
| 6. Nombre del contacto escolar: | 7. Teléfono del contacto escolar: |             |

## Parte B. Orden de dieta prescrita – Esta parte debe ser completada por un médico autorizado como se especifica anteriormente.

|  |           |         |       |         |
|--|-----------|---------|-------|---------|
| 1. Especifique la discapacidad, alergia/intolerancia alimentaria o condición médica y explique por qué la discapacidad restringe la dieta del niño.  |           |         |       |         |
| 2. ¿Qué actividad importante de la vida se ve afectada por la discapacidad de este estudiante? <span style="float: right;">Ejemplo: la alergia al maní afecta la capacidad para respirar.</span> |           |         |       |         |
| 3. Tipo de Dieta Especial:<br>Marque si no corresponde O especifique el tipo de dieta especial (por ejemplo, baja en sodio, sin gluten, para diabéticos, etc.).                                  |           |         |       |         |
| 4. Textura modificada:   | No aplica | Cortado | Suelo | En puré |

