

Escuelas Públicas de Worcester

Solicitud Familiar Para El Almuerzo Grátis o de Precio Reducido

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Use una solicitud aparte para cada niño de crianza)

Nombres de Cada Miembro del Hogar (Primer nombre, Inicial, Apellido)	Nombre de la Escuela de Cada Estudiante	Grado	Número del caso de cupones o TANF para los miembros del hogar. Si Ud apunte el número de un caso continúe al parte #5	CHEQUE SI NO HAY INGRESO
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Parte 2. Si algún estudiante para quien Ud está solicitando está sin vivienda, es un migrante, o fugado cheque la caja apropiada y llame a Judy Thompson, Coordinadora del Programa para los sin Vivienda Migrante Fugado

Parte 3. Niños de Crianza. Si esta solicitud es para un niño de crianza quien está bajo la responsabilidad del Bienestar o de la corte cheque en esta línea____. y apunte la cantidad alocado para el uso personal mensual del niño \$_____. Cheque sin no hay ingreso----- y continúe a la Parte 5

Parte 4. Ingreso en Bruto Total del Hogar-----Es Obligatorio reportar cuánto y con qué frecuencia

1. NOMBRE (Apunte todos los miembros del hogar con ingreso)	2. INGRESO BRUTO Y LA FRECUENCIA QUE LO RECIBE			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Bienestar Público, Apoyo Legal para el Niño, Apoyo Matrimonial	Pensiones, jubilaciones, Seguro Social, beneficios veteranos	Todos los Otros Ingresos
(Ejemplo) Juana Rivera	\$199.99/semana	\$149.99/quincenal	\$99.99/mensual	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____
	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____	\$_____/____

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Una Persona Adulta Tiene que Firmar)

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud. Si la parte 4 está completa la persona adulta quien firme este formulario está obligado a apuntar su Número de Seguro Social o márque en el otro lado de esta página en la caja la parte que dice :Yo no tengo un Número de Seguro Social (Vea El Acto de Privacidad al otro lado de esta página)

Yo declaro que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo el ingreso está reportado. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo doy. Yo entiendo que los oficiales de la escuela puede verificar la información. Yo entiendo que si yo, a propósito, de información falso mis hijos puedan perder los beneficios de la comida y me pueden demandar.

Firma Aquí: X_____ Su Nombre en Letra de Molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Yo no tengo un Número de Seguro Social

Parte 6. Las Identidades raciales e étnicas de los niños (opcional)

Escoje una etnicidad	Escoje uno o más (a pesar de la identidad étnica)
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena Americano ó Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Hawaiano o Indígena Isleño Pácífico

No Escribe en la parte de abajo,es solamente para el uso del oficial escolar

Cambio del ingreso anual: Semanal x 52, Quincenal x 26, Dos Veces al Mes x 24 Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: Semana Quincenal, Dos Veces al Mes, Mensual, Anual Número de Personas en el Hogar: _____

Categoría de Elegibilidad: _____ Fecha de Retracción: _____ Elegibilidad: Grátis____ Reducido____ Negado____ Razón: _____

Temporario: Grátis____ Reducido____ Período: _____ (vence después de _____ días)

Firma del Oficial de Determinación: _____ Fecha: _____

Firma del Oficial de Confirmación: _____ Fecha: _____ Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____

CARTILLA FEDERAL DE INGRESOS			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	20,036	1,670	386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317

Declaración del Acto de Privacidad: Esta le explica como usaremos la información que Ud nos provee.

El Acto Nacional del Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere que la información en esta solicitud. Ud no está obligado a darnos la información pero si no lo haga no podremos aprobar su hijo para comida gratis ó de precio reducido. Ud tiene que incluir el número de seguro social de la persona quien firma la solicitud. Si está solicitando para un niño de crianza o apunta un número del Departamento de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Comidas en Una Reserva Indígena ((FDPIF) u otro número de FDPIR o cuando indica que la persona firmando la solicitud no tiene un número de seguro social, compartir este número no es necesario. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para la comida gratis ó de precio reducido y para la administración y la aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. **ES POSIBLE** que compartaremos su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles evaluar, fundar y determinar beneficios para sus programas, auditores y oficiales legales para investigar violaciones de las reglas.

Declaración de No Discriminación: Este le explica lo que Ud puede hacer en el caso de que cree que ha sido trato de una forma injusta. De Acuerdo con la ley Federal y la poliza del Departamento de Agricultura (USDA) esta institución está prohibido de discriminar contra individuos basado en su raza, color, origen nacional, sexo, edad u incapacidad. Para poner una queja de discriminación escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 ó llame al (800) 795-3272 ó (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.

Las Escuelas Públicas de Worcester es Una Institución de Oportunidades Iguales/Empleador de Acción Afirmativa/Institución Educativa que no discrimina en cuanto la raza, color, género, edad, religión, origen nacional, estatus conyugal, orientación sexual, incapacidad ó estar sin vivienda. Las Escuelas Públicas de Worcester provee acceso igual a los programas educativos general, ocupacional y vocacional. Para más información relacionado al Oportunidad Igual/Acción Afirmativa haga contacto con Stacey DeBoise Luster, Gerente de Recursos Humanos, 20 Irving Street, Worcester, MA 01609 - 508-799-3020