

¡Aplica Online!

Aplicación de comida gratuita y reducida

alpineschools.org/nutrition/ haga clic en el cuadro naranja para aplicaciones gratuitas y reducidas

La ventaja de aplicar en línea es que su solicitud se procesa dentro de las 12 horas. Recibirá una carta dentro de 3 a 5 días para informarle si ha sido aprobado. No enviamos correos electrónicos para notificarle.

*Las aplicaciones de papel están disponibles en todas las oficinas de la escuela
y en la oficina de servicios de nutrición
759 E. Pacific Dr., American Fork, UT 84003*



Puede hacer pagos en línea a la cuenta de comida de su estudiante de forma rápida y segura usando nuestro servicio gratuito. Simplemente ingrese a www.mypaymentsplus.com y regístrese. Además de realizar pagos, puede ver los saldos de su cuenta de estudiante, el historial, configurar pagos automáticos y alertas de saldo de cuenta.

Las cocinas de la escuela pueden aceptar efectivo o cheques para los pagos de comida, pero no tarjetas de crédito.



¡Echa un vistazo a nuestros menús de escolar digital!

Usando nuestro sitio web, puede ver más información sobre lo que está en el menú de la escuela para el desayuno y el almuerzo cada día. Podrá ver una imagen y descripción de cada alimento, así como información sobre nutrientes y alérgenos. Esta información también está disponible en nuestra aplicación móvil para que puedas obtener información cuando la necesites, donde la necesites.

¡Visite nuestro sitio web en alpineschools.nutrislice.com para obtener más información!

PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Alpine School District ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.00 y el almuerzo \$1.75 (\$1.10 y \$2.00 para los alumnos de Secundaria). **Sus niños podrían tener derecho a solicitar comidas gratis o a precio reducido.** El precio reducido es \$.30 para el desayuno y \$.40 para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para comidas gratis o a precio reducido, e instrucciones detalladas. A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?** Todos los niños de familias que reciben prestaciones de Utah SNAP, FDPIR, o Utah TANF/FEP tienen derecho a comidas gratis. Los niños en régimen de acogida bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis. Los niños que participan en el programa Head Start de su colegio tienen derecho a recibir comidas gratis. Los niños que encajan en la definición de personas sin hogar, fugadas o emigrantes tienen derecho a recibir comidas gratis. Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están dentro de los límites de Guía federal de selección por ingresos). Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro o por debajo de los límites de esta lista.

TABLA DE INGRESOS FEDERALES POR ELEGIBILIDAD DEL 1 de JULIO de 2019 al 30 de JUNIO de 2020			
Tamaño de la familia	Anuales	Mensuales	Semanales
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Cada persona adicional:	8,177	682	158

2. **¿CÓMO SÉ SI MIS NIÑOS ENCAJAN EN LA DEFINICIÓN DE SIN HOGAR, EMIGRANTE O FUGADO?** ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se alojan todos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se traslada de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted decidió dejar su familia anterior? Si cree que los niños de su familia encajan en estas descripciones y no le han informado de que recibirán comidas gratis, llame a Sue Hayes at 801.610.8474 para ver si califican.
3. **¿ES NECESARIO RELLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO?** No. *Rellene una solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido para todos los estudiantes de su familia.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Devuelva la solicitud rellena a la secretaria de la escuela, el encargado de la cocina, o Alpine School District Nutrition Services at 759 E. Pacific Dr., American Fork, UT 84003.
4. **¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICHIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATIS?** No, pero lea la carta que ha recibido y siga las instrucciones. Si faltara algún niño de su hogar en la notificación de selección, póngase en contacto con Alpine District Nutrition Services at 801.610.8030.

5. ¿PUEDO REALIZAR LA SOLICITUD EN LÍNEA? Sí. Le animamos a rellenar una solicitud en línea en lugar de una en papel si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la de papel. Visite www.alpineschools.org/nutrition para empezar. Póngase en contacto con Nutrition Services at 801.610.8030 o por correo electrónico nutritionservices@alpinedistrict.org si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.
6. LA SOLICITUD DE MI NIÑO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su niño solo es válida para ese año escolar y durante los primeros días de este año. Debe enviar una nueva solicitud este año. Por favor, tenga en cuenta los cargos antes de la tramitación de una nueva aplicación se le debe en su totalidad.
7. PARTIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud.
8. ¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.
9. SI AHORA NO CUMPLO LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN, ¿PUEDO VOLVER A ENVIAR LA SOLICITUD MÁS ADELANTE? Sí, puede enviar la solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho entonces a recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos.
10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL COLEGIO SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios del colegio. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o correo electrónico: Elizabeth Swensen, Director of Nutrition Services, 801.610.8030 o nutritionservices@alpinedistrict.org
11. ¿PUEDO ENVIAR LA SOLICITUD AUNQUE ALGUIEN DE MI FAMILIA NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe 1000 \$ al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió 900 \$, indique que recibe 1000 \$ por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR? Los miembros de la familia pueden no recibir algunos de los tipos de ingresos que pedimos que declare en la solicitud, o puede que no reciban ingreso alguno. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si un campo de ingresos queda vacío o en blanco, también contará como cero. Fíjese bien cuando deje campos de ingresos en blanco porque supondremos que lo ha hecho con conocimiento de causa.
14. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTRA FORMA? Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel separada y adjúntela en su solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para averiguar cómo solicitar u otras prestaciones de ayuda, póngase en contacto al Department of Work Force Services 801.526.0950 o gratis 1-866-435-7414 o llame 2-1-1 o 1-888-826-9790. 2-1-1 Utah es operado a través de United Way para ayudar a proporcionar recursos para asistencia.
17. MI NIÑO TIENE CARGOS EN SU CUENTA DE ALMUERZO. ¿SI NOS AUTORIZAN PARA LAS COMIDA GRATIS, TENDREMOS QUE PAGAR ESTOS CARGOS? Si, La aprobación de comidas gratis, es solo para la fecha en que se aprobó en adelante. Los gastos de comidas anteriores se deben pagar en su totalidad.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 801.610.8030 o correo electrónico nutritionservices@alpinedistrict.org

Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2019-2020

Haga su solicitud en línea en:

www.alpineschools.org/nutrition

Haga clic en el cuadro naranja a la izquierda

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Puede dejar la aplicación en la escuela o envíe la solicitud completa a: ADS NS 759 E. Pacific Dr. American Fork, UT 84003

PASO 1 ¿Participa alguna de las personas miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 incluido (conjuntos de la familia que se ocupan de papá/mamá y uno o más hijos de la familia) en este programa de asistencia a alimentos?

Head Start (Cuidado de Migrante; crianza Huyó de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las que correspondan

¿Es estudiante?

		Sí	No
Nombre del niño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido del niño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Definición de Miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en Cuidado de crianza y niños que enciaden bajo la definición de Sin hogar, Migrante, Huyó de casa o que participen en programas Headstart son elegibles para recibir comidas gratis. Lea Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido para obtener información adicional.

Nombre del niño					
Apellido del niño					

PASO 2 ¿Participa alguna de las personas miembros del hogar (incluido usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia a alimentos?

¿Participa alguna de las personas miembros del hogar (incluido usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia a alimentos?

SNAP TANF-FDP FDIPIR

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique.

SNAP TANF-FDP FDIPIR

b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. No escriba el número de Medicaid.

PASO 3 ¿Participa alguna de las personas miembros del hogar (incluido usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia a alimentos?

¿Participa alguna de las personas miembros del hogar (incluido usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia a alimentos?

¿Con qué frecuencia?

		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
Ingresos de menores	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Ingresos de menores
A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?	
	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Semanal	Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Todos los miembros del hogar adultos (incluido usted)
Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?	
	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Semanal	Cada dos semanas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asistencia gubernamental de menores/pensión alimenticia

\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pensiones/ Jubilaciones/ todos los demás ingresos

\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ganancias provenientes de empleos

\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar

X X X X X X X X

Marque si no tiene SSN

¿Con qué frecuencia?

		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
Asistencia gubernamental de menores/pensión alimenticia	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensiones/ Jubilaciones/ todos los demás ingresos	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganancias provenientes de empleos	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia?

		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
Ingresos de menores	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar

X X X X X X X X

Marque si no tiene SSN

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Dirección (si corresponde)

N.º de apto.

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Fecha actual

Firma del adulto

Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes.

INDICACIONES

Fuentes de Ingresos

Fuentes de ingresos para menores	
Fuentes de ingresos de menores	Ejemplo(s)
- Ganancias provenientes de empleos	- Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial por el cual gana un salario o sueldo
- Seguro Social - Pagos por incapacidad - Beneficios para sobrevivientes	- Un niño ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social - Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social
- Ingresos de persona fuera del hogar	- Un amigo o familiar regularmente le da dinero a un niño para sus gastos
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos

Ganancias provenientes de empleos	Asistencia pública/pensión alimentaria/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/otros los demás ingresos
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits	- Beneficios por desempleo - Compensación a trabajadores - Ingreso de Seguro Complementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos por pensión alimenticia - Pagos por manutención de menores - Beneficios para veteranos	- Seguro Social (incluida la jubilación de ferroviarios y el seguro por neurocitos del minero [pulmón negro]) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o herencias - Pensiones alimenticias - Ingresos por inversiones - Intereses ganados - Ingresos por rentas - Pagos regulares en efectivo desde el exterior del hogar
- Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada) - Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta	- Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada) - Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta	

OPCIONAL

Identidades raciales y étnicas de los niños

Se nos requiere solicitarle información sobre el origen racial y étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar un servicio completo para nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marcar uno): Hispano o latino No hispano ni latino
 Raza (marcar una o más): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico Blanco

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo(a) para que reciba comidas gratis a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un menor en cuidado de crianza o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (CDPIR) u otro identificador de FDPIC para su hijo(a), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODDEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlo a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con el personal de las fuerzas del orden público para ayudarlo a investigar infracciones a las normas del programa. De acuerdo con la Ley federal de derechos civiles y con los reglamentos y las políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad, o tomar represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para comprender la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede ponerse a su disposición en idiomas distintos al inglés.
 Para presentar una queja ante el programa por discriminación, complete el Formulario de Quejas ante el Programa en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA en la cartita incluida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta 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
 fax: (202) 690-7442; or
 correo electrónico: program.jintake@usda.gov.
 Esta institución es un proveedor que respeta la igualdad de oportunidades.

No completar Solo para uso administrativo

Annual Income Conversion: Weekly (semanal) x 52, Every 2 Weeks (cada dos semanas) x 26, Twice a Month (bimensual) x 24, Monthly (mensual) x 12

Total Income How Often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

Household size Categorical Eligibility

Frequency: Freq Reduced Paid/Dental

Determining Official's Signature Date Confirming Official's Signature Date

Verifying Official's Signature Date Error Prone