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

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Envíe la solicitud completa a:

Haga su solicitud en línea en:

PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

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 encuadren 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	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante? Sí	¿Es estudiante? No	Nombre de la escuela	Grado	Head Start	Niño en régimen de acogida	Sin hogar; Migrante; fugado
			☐	☐			☐	☐	☐
			☐	☐			☐	☐	☐
			☐	☐			☐	☐	☐
			☐	☐			☐	☐	☐
			☐	☐			☐	☐	☐

Marque todas las que correspondan

PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles?

Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique. ☐ SNAP ☐ TANF-FDP ☐ FDPIR

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

PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omita este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

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

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.

Ingresos de menores	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
$	○	○	○	○

B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso 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)	Ganancias provenientes de empleos	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Pensiones/jubilaciones/ todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Total de miembros del hogar (niños y adultos) ☐☐

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 ☐☐☐☐

Marque si no tiene SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de un 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".

Dirección (si corresponde) | N.° de apto. | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta | Firma del adulto | Fecha actual

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 es 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 alimenticia/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits Si usted forma parte de las fuerzas militares de los EE. UU.: - 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	- 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 neumoconiosis 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

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 comidas escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible 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 con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado 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.intake@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, Weekly (mensual) x 12

Total Income

How Often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility: Free | Reduced | Paid/ Denied

Error Prone ☐

Determining Official's Signature | Date

Confirming Official's Signature | Date

Verifying Official's Signature | Date