

2022-2023 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete solo un formulario para su hogar, firme su nombre y devuélvalo a su escuela primaria a al (a la) consejero (a) del (de la) estudiante para la Hammocks y la Mamaroneck High School. Si usted esta llenando un formulario con hijos en mas de una escuela, favor de escoger una escuela a donde enviar el formulario de solicitud. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado. Hacer si usted ayuda @914-220-3042. Tenga en cuenta que esta documentación debe ser llenada y enviada por correo al distrito escolar a pesar de que Nutrición infantil del Estado de Nueva York esta proporcionando a todas los niños que estan en necesidad con comidas gratuitas para el año escolar 2021-2022.

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Funitivo
			<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"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficiarios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, a beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO# aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO# _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, esta certificando (prometedor) que no hay informes de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos) _____

Ultimos cuatro digitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- _____

No tengo unSS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el "no tengo un número de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que les doy esta información para que la escuela reciba fondos federales; Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico: Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ * _____ Household Size: _____
 Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official: _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a la oficina principal de la escuela de su hijo(a). Si no es un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: Janet LoRusso @ 914-220-3042. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace, puede resultar en la denegación de beneficio; para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1

TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted esta aplicando en una sola aplicación.
- (2) Lista su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrantes, o escapado de casa (personal de la escuela confirma esta elegibilidad).

PARTE 2

HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETAR PARTE 2 Y FIRMAR PARTE 4

- (1) Uste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso está proporcionado en su tarjeta de beneficio.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesita firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3

TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODAS DE: PARTE 4.

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no reciba ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de Ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de cuánto dinero el niño, tal como el niño y el niño, así como el niño. Ingresos. Si el ingreso corriente es más de una vez al mes, indique si es semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual. El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo el cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Aseguración; deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo las últimas cuatro dígitos del Número de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted lista un número de SNAP, TANF o FDPIR; un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACION DECLARACION

USO DE INFORMACION DECLARACION: El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos apreciar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Daba incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza a usted lista un número de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos, en Reservaciones Indígenas (PDARI) u otro Identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis a a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, a determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACION

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas, con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de 1.1, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitan los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish Form 508 Compliant 6 8 12 Q.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish%20Form%20508%20Compliant%206%208%2012%20Q.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario llano o carta al 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;
- (2) fax: (202) 690-2442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.