# [Ingrese el nombre del patrocinador]

**Devolver a:[Ingrese la ubicación para devolver las solicitudes completas]**

|  |
| --- |
| **AVISO:** |
| * Si recibió una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD - COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
* Consulte las **Instrucciones para la solicitud** en el reverso del formulario.
* *\* = Requerido para todas las solicitudes; \*\* = Requerido para las solicitudes de Ingresos; \*\*\*= Requerido para SNAP/TANF*
 |
| 1 | INFORMACIÓN DEL HOGAR\*: Escriba el nombre de la persona que completa esta solicitud (Apellido, Nombre) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en **letra imprenta** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirección postal – N.° de apartamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad Estado Código Postal | Teléfono de casa o celular o trabajo (encierre uno en un círculo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Número que vive en este hogar \_\_\_\_\_\_\_

(Escriba los nombres de **todos** los miembros del hogaren la parte 2 y/o la parte 4 de este formulario) |
| 2  | INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE  |
| Nombre del niño (Apellido legal, Nombre)1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Grado(Opcional)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de nacimiento(Opcional)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Marque si es niño de crianza |
| **3** | **BENEFICIOS**Si algún miembro de su hogar recibe SNAP o TANF, proporcione el nombre y el número de caso del miembro que recibe los beneficios  |
| Nombre\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * SNAP
* TANF
 | Número de caso\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vaya a la Parte 5 a continuación |
| ¿Este hogar recibe FDPIR (Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas)□Sí (Ir a la Parte 5 y completar) |
| 4  | MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO \*\* – si no es mensual, vea las conversiones al dorso |
| **Columna 1**Enumere **todos** los miembros del hogar, incluidos los niños que no asisten a la escuela, y los ingresos. No incluya a los estudiantes enumerados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, nombre)1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Columna 2**INGRESOS MENSUALES(Ingresos y salarios totales antes de las deducciones)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Columna 3**MANUTENCIÓN MENSUAL DE HIJOS, BIENESTAR, ALIMENTACIÓN RECIBIDA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Columna 4**PENSIONES MENSUALES, SEGURIDAD SOCIAL, JUBILACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Columna 5**OTROS INGRESOS MENSUALES -Incluye desempleo y compensación de trabajadores.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Columna 6**Marque siNoIngresos |
| 5 | FIRMA, FECHA y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Debe firmar un adulto) |
| Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales según la información que yo proporcione. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado por la ley.  |
| **Firma del miembro adulto del hogar\***X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha de firma\***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mes/día/año  | **Número del Seguro Social\*\***(Consulte la declaración de privacidad al dorso)XXX-XX -\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | □ **No tengo Número de Seguro Social.\*\*** |
| **6** | GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL) |
| Marque una identidad étnica:□ Hispano o Latino□ No es hispano o latino | Marque una o más identidades raciales:□ Asiático □Indio americano/nativo de Alaska □ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | □ De raza negra o afroamericano □ De raza blanca, no de origen hispano □Otro |
|  | **Prefiero toda la correspondencia escrita en** 🞎Español 🞎Ruso 🞎Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7** | **No quiero que mi información se comparta con los programas estatales de seguro médico para niños.** Firma aqui:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Tengo un hijo (o hijos) que no tiene ningún tipo de cobertura médica, ni seguro médico privado ni Oregon Health Plan/Healthy Kids. Estoy interesado en la cobertura médica gratuita o de costo reducido para al menos uno de mis hijos.** □ Si □ No |
| **SÓLO PARA USO ESCOLAR - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA** |
| Ingreso total:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número en el hogar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de retiro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □Gratis en base a: □ SNAP/TANF/FDPIR □ Niño adoptivo categórico □ ingresos del hogar  | □ **Reducido en base a:**  □ **Denegado – Motivo:**  □ ingresos del hogar □ ingresos: demasiado altos  □ solicitud incompleta Firma del funcionario que determina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Formulario 581-3514e-P (Rev. 5/22) Página 1 de 2  **VER INFORMACIÓN IMPORTANTE EN EL REVERSO**

|  |
| --- |
| **Instrucciones de la solicitud** |
| * Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
* Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** está por debajo de los índices, complete las partes 1,2,4,5; las partes 6 y 7 son opcionales.
* Si usted es un hogar con un **NIÑO DE CRIANZA SUPERVISADO**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.

*Cualquier campo de ingresos que se deje en blanco se contará como ceros. Tenga cuidado y asegúrese de que es su deseo dejar los campos de ingresos en blanco.* |
| **DETERMINACIÓN DEL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SALARIOS**Los ingresos mensuales de todos los miembros del hogar deben declararse en la Parte 4 de esta aplicación. Ingreso significa cualquier dinero recibido regularmente del trabajo, manutención de los hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilaciones, seguridad social o cualquier otra fuente. Excluya los préstamos estudiantiles/escolares.Los miembros del hogar a los que no se les paga mensualmente deben cambiar las ganancias a ingresos mensuales haciendo lo siguiente:**Miembros del hogar a quienes se les paga cada semana:** Multiplique los ingresos y salarios totales de un período de pago, antes de las deducciones, por 52. Luego divida por 12. El monto resultante es el ingreso mensual total.**Miembros del hogar a quienes se les paga cada 2 semanas:** Multiplique los ingresos y salarios totales de un período de pago, antes de las deducciones, por 26. Luego divida por 12. El monto resultante es el ingreso mensual total.**Miembros del hogar a quienes se les paga dos veces al mes:** Multiplique los ingresos y salarios totales de un período de pago, antes de las deducciones, por 24 y luego divida por 12. El monto resultante es el ingreso mensual total.**Miembros del hogar quienes son trabajadores de temporada o trabajan menos de 12 meses:** Proyecte el rango de ingresos anual para representar exactamente las circunstancias actuales y luego divida por 12. El monto resultante es el ingreso mensual proyectado.Nota: El dinero recibido de un negocio o granja de su propiedad debe declararse como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de restar los gastos operativos de los ingresos bruto del negocio y la granja.* |
| **DIRECTRICES FEDERALES DE INGRESOS**Sus hijos pueden calificar al menos para comidas a precio reducido si el ingreso de su hogar es igual o inferior a los límites de esta tabla.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Comidas a precio reducido*** |
| Tamaño del hogar | Anual | Mensual  | Dos veces al mes | Cada dos semanas  | Semanalmente  |
| -1- | 25,142 | 2,096 | 1,048 | 967 | 484 |
| -2- | 33,874 | 2,823 | 1,412 | 1,303 | 652 |
| -3- | 42,606 | 3,551 | 1,776 | 1,639 | 820 |
| -4- | 51,338 | 4,279 | 2,140 | 1,975 | 988 |
| -5- | 60,070 | 5,006 | 2,503 | 2,311 | 1,156 |
| -6- | 68,802 | 5,734 | 2,867 | 2,647 | 1,324 |
| -7- | 77,534 | 6,462 | 3,231 | 2,983 | 1,492 |
| -8- | 86,266 | 7,189 | 3,595 | 3,318 | 1,659 |
| Para cada miembro de familia adicional agregue: | 8,732 | 728 | 364 | 336 | 168 |

 |
| **DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL y OTRA INFORMACIÓN**La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza supervisado o si incluye un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros **podríamos** compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa. Podríamos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP), a menos que usted nos indique que no lo hagamos. La información, si se divulga, solo se utilizará para identificar a los niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP. |
|  |
| **DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN**De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el reglamento y las normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, a sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA, discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades previas sobre derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevados a cabo o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje americano de señas, etc.) deben contactar a la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf), (AD-3027) que se encuentra 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 y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncias, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo 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) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.govEsta institución es una proveedora de igualdad de oportunidades. |

Formulario 581-3514e-P (Rev 5/22)Página 2 de 2