

CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO PARA ASISTENCIA PARA COMIDAS

Por favor complete el Formulario de Asistencia para Comidas usando las siguientes instrucciones. Firme el formulario y devuélvalo a _____ . Si necesita ayuda, llame al # _____

1 INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO: Escriba en imprenta el nombre de su hijo.

- (a) Si está solicitando comidas escolares, incluya el grado de su hijo y el nombre de la escuela.
- (b) Si está solicitando comidas para niños que cuida, incluya el nombre del centro de cuidado de niños o el nombre del proveedor de cuidado de niños en su casa y el nombre del patrocinador, si lo sabe
- (c) Si está solicitando comidas de acuerdo al Programa de Servicio de Alimentos en el Verano ("SFSP"), por favor marque la casilla.

2 NIÑOS A CARGO DE LOS SERVICIOS SOCIALES: Complete esta parte y firme el formulario en el #5.

- (a) Anote el ingreso mensual para "uso personal" del niño. Anote "0" si el niño no recibe ingreso para "uso personal".
- (b) Uno de los padres encargados del niño bajo el servicio social u otro representante oficial debe firmar el formulario en el #5. No tiene que anotar un número de seguro social.
- (c) Complete un formulario separado para cada niño a cargo de los servicios sociales.

3 OTROS BENEFICIOS: Complete esta parte y firme el formulario en el #5.

- (a) Si está solicitando comidas escolares, anote el actual número de caso de cupones para alimentos, "TANF" o "FDPIR" para su(s) hijo(s).
- (b) Si usted es un proveedor de cuidado de niños en su casa que está solicitando cuidado de niños para beneficios a nivel I, anote el actual número de caso de cupones para alimentos, "TANF" o "FDPIR" para usted o su(s) hijo(s).
- (c) Si su hijo está inscrito en una casa de cuidado de niños a nivel II, anote cualquier otro programa a que sea elegible y el número del caso, si corresponde. (Vea Lista adjunta de Otros Programas categóricamente Elegibles.)
- (d) Firme el formulario en el #5. Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar. No tiene que anotar un número de seguro social.

4 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: Complete esta parte y firme el formulario en el #5.

- (a) Anote los nombres de todos los miembros de su grupo familiar, incluso si no tienen un ingreso. Inclúyase a usted mismo, su cónyuge, el niño para el que están solicitando beneficios y todos los demás miembros del grupo familiar.
- (b) Anote el monto del ingreso que cada persona recibió el mes pasado antes de la deducción para los impuestos o de cualquier otra deducción y de dónde provino, tal como sueldo, asistencia social, pensiones y otros ingresos (vea los ejemplos de más abajo para los tipos de ingresos a dar cuenta de). Cada monto de los ingresos debe anotarse en la columna correspondiente en el formulario. Si cualquier monto el mes pasado fue más o menos que lo acostumbrado, anote el ingreso mensual acostumbrado de la persona.
- (c) Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote el monto del ingreso que la persona gana por cuenta propia; por ejemplo, ingreso por cuidar niños en casa o por estar a cargo de una granja. Por favor llame al número en la parte superior de este formulario si necesita ayuda.
- (d) Si usted es un proveedor de cuidado de niños en su casa que está solicitando beneficios a Nivel I, por favor proporcione documentación de su ingreso que respalde su condición.
- (e) Firme el formulario e incluya su número de seguro social en el #5. *Si no tiene un número de seguro social, anote "ninguno".*

5 FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

- (a) El formulario debe tener la firma de un miembro adulto del grupo familiar.
- (b) El miembro adulto del grupo familiar que firme la declaración debe incluir su **número de seguro social**. *Si no tiene un número de seguro social, anote "ninguno"*. No se necesita un número de seguro social si anota un número de caso de cupones para alimentos, "TANF" o "FDPIR" o si está solicitando para un niño a cargo de los servicios sociales.
- (c) Si está solicitando beneficios a Nivel I como proveedor de cuidado de niños en su casa, por favor indíquelo en esta sección.

6 IDENTIDAD RACIAL/ETNICA: No está obligado a contestar esta pregunta para obtener beneficios para comidas, pero al completar esta información ayudará a asegurar que se trata a todos en forma justa.

INGRESOS QUE DEBEN INCLUIRSE

<u>Sueldo del trabajo</u>	<u>Pensiones/Jubilación/Seguro Social</u>	<u>Otro ingreso mensual/trabajo por cuenta propia</u>
Sueldo/salario/propinas	Pensiones	Beneficios por discapacidad
Beneficios por huelga	Ingreso de seguridad complementario	Efectivo retirado de ahorros
Compensación por cesantía	Ingreso por jubilación	Interés/dividendos
Compensación al trabajador raíces/fideicomisos/inversiones	Pagos a ex-combatientes	Ingreso de bienes
Ingreso neto de empresa propia, cuidado de niños o granja	Seguro social	Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar
<u>Asistencia Social/Pensión para hijos/Pensión alimenticia</u>		Derechos netos de autor/pensión vitalicia neto por arriendo
Pagos de asistencia pública		Subsidio militar por vivienda fuera de la base
Pagos de asistencia social		Cualquier otro ingreso
Pensión alimenticia/pagos de		
Pensión para hijos		

FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS PARA EL AÑO ESCOLAR _____

Complete, firme y devuelva el formulario a _____. Por favor lea las instrucciones. Si usted necesita ayuda para completar este formulario llame al: _____.

1 NOMBRE DEL NIÑO:

Apellido _____

Nombre _____

Inicial 2º Nombre _____

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN LA ESCUELA, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN JARDÍN INFANTIL, COMPLETE ESTA INFORMACIÓN:

Grado del niño: _____

Nombre del Jardín Infantil: _____

O

Nombre de la escuela: _____

Nombre del proveedor de cuidado de niños en su casa: _____

Nombre del patrocinador (si lo sabe): _____

PARA BENEFICIOS DE COMIDA EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE ALIMENTOS EN EL VERANO (“SFSP”), MARQUE ESTA CASILLA []

2 ¿Es este un niño a cargo de servicios sociales? (Vea las instrucciones) Si este es un niño a cargo de servicios sociales, marque aquí [] y anote el ingreso mensual para uso personal del niño aquí: \$_____. Vaya a la sección #5.

3 ¿Está usted recibiendo beneficios de CUPONES PARA ALIMENTOS, “TANF” o “FDPIR” para su hijo? Anote el NÚMERO DEL CASO. NO complete la sección #4. Vaya a la sección #5.

Número del caso de cupones para alimentos: _____ Número del caso de “FDPIR”: _____

Número del caso de “TANF”: _____

4 TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: (Complete esta parte sólo si no completó las secciones #2 o #3) Anote a todos los miembros del grupo familiar, incluyendo al niño que se nombra más arriba. Anote todos los ingresos. Vaya a la sección #5.

Nombres	Actual Ingreso Mensual			
Nombres de los miembros del grupo familiar (incluya al niño que se nombra anteriormente)	Ingresos mensuales del trabajo (antes de las deducciones) Trabajo 1	Asistencia social, pensión para hijos, pensión alimenticia mensual	Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguro social	Ingresos mensuales del trabajo 2 o cualquier otro ingreso mensual
1. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
5. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
6. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
7. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
8. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
9. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
10. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
11. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
12. _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

5. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de cupones para alimentos, "FDPIR", "TANF" u otro programa elegible es vigente, correcto o que se da cuenta de todos los ingresos. Entiendo que se da esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la institución pueden verificar la información en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales.

Firma del adulto: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

¿Es usted un proveedor de cuidado de niños en su casa que está solicitando beneficios a Nivel I? Sí [] No []

Nombre en letra imprenta: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de la casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha: _____

Declaración de la Ley de Privacidad. A menos que usted anote el número del caso de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" de niño o esté solicitando para un niño a cargo de los servicios sociales, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que usted incluya el número de seguro social del miembro del grupo familiar que firma el formulario o que indique que el miembro del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social. No tiene que anotar un número de seguro social, pero si no se anota un número de seguro social o no se hace la indicación que el miembro adulto del grupo familiar que firma el formulario no tiene un número de seguro social, no podemos aprobar el formulario. El número de seguro social puede usarse para identificar al miembro del grupo familiar al verificar la exactitud de la información expresada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y puede incluir comunicarse con empleadores para determinar el ingreso, comunicarse con una oficina de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF" para determinar la certificación actual para los beneficios de cupones para alimentos, "FDPIR" o "TANF", comunicarse con la oficina estatal de seguridad del empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y comprobar la documentación presentada por el miembro del grupo familiar para comprobar el monto del ingreso recibido. Esas acciones pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, demandas administrativas o acciones legales si se da información incorrecta. El número de seguro social también puede revelarse a programas según se autoriza en la Ley Nacional de Almuerzo Escolar y la Ley de Nutrición Infantil, al Contralor General de los Estados Unidos y a los funcionarios del orden público con el propósito de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

6 IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA: No está obligado a contestar estas preguntas. Si decide hacerlo:

Por favor marque una o más de las siguientes identidades raciales:

[] Indígena estadounidense o nativo de Alaska [] Asiático [] Negro o afroestadounidense [] Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico [] Blanco

Por favor marque una de las siguientes identidades étnicas:

[] Hispano o latino [] No hispano o latino

El Departamento de Agricultura de los EE.UU. ("USDA") prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en base a la raza, color de la piel, país de origen, género, edad o discapacidad. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación de la información del programa (Braille, letras grandes, cinta de audio, etc.) deben comunicarse con el Centro TARGET de "USDA" al (202) 720-2600 (voz y para sordos).

Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5946 (voz y para sordos). "USDA" es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Para Uso Oficial Solamente:

Grupo familiar categóricamente elegible gratuito para cupones para alimentos/"FDPIR"/"TANF" u otro programa elegible para beneficios (sólo hogares de cuidado de niños nivel II):

[] Sí [] No

CONVERSIÓN DEL INGRESO MENSUAL: SEMANALMENTE x 4,33, CADA 2 SEMANAS X 2,15, DOS VECES AL MES X 2

Ingreso mensual total: _____ Tamaño del grupo familiar: _____ Elegible: _____ NO Elegible: _____

Clasificación de elegibilidad: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____ Pagado: _____ Provisional: Gratuito: _____ Precio Rebajado: _____
Nivel I _____ Nivel II _____ Período de tiempo: _____

Funcionario que determina: _____

Firma: _____

Fecha: _____