

Brownstown Central Community School Corporation
Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido 2022-2023
 Complete una solicitud por hogar. Complete la solicitud en tinta (no en lápiz).

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
 Formulario escolar núm. 521/2021

PASO 1 Enumere a **TODOS** los miembros del hogar que sean recién nacidos, niños y estudiantes hasta grado 12. Inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte una hoja de papel)

Definición de hogar		¿Es estudiante?		¿Sólo para estudiantes?		¿Sólo para estudiantes?		¿Sólo para estudiantes?		¿Sólo para estudiantes?		¿Sólo para estudiantes?		¿Sólo para estudiantes?	
Membro: *Toda persona que vive con usted y comparte sus gastos e ingresos, aunque no exista relación de parentesco*.		Si	No	Nombre de la escuela	Grado	Nombre de la escuela	Grado	Nombre de la escuela	Grado	Nombre de la escuela	Grado	Nombre de la escuela	Grado	Nombre de la escuela	Grado
1	Nombre del niño														
2	Apellido del niño														
3	Unidad del segundo nombre														
4	Nombre del niño														
5	Apellido del niño														

PASO 2 ¿Participa algún miembro del hogar (incluso) actualmente en uno o más de los siguientes programas asistenciales: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

No > vaya la PASO 3. Si > ingrese el número de caso y proceda con el PASO 4. (No complete el PASO 3)

PASO 3 Indique los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta fue 'Si' en el PASO 2)

A. Ingresos del niño
 Algunas veces, los niños pueden obtener ingresos. Incluya el TOTAL de ingresos percibidos por todos los niños del hogar enumerados en el PASO 1 del presente documento.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)
 Enumere a todos los miembros del hogar no enumerados en el PASO 1 (incluido usted) aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si no recibe ingresos, indique el ingreso total (bruto) antes de cualquier impuesto o deducción de cada fuente en números enteros (sin centavos) expresados en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ingrese '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingreso alguno que informar.

Nombres y apellidos de los miembros adultos del hogar	¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?		¿Con qué frecuencia?	
	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Mensual	Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Mensual	Semanal	Cada 2 sem
1										
2										
3										
4										
5										

Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (NSS)	X	X	X	X
del miembro que recibe el salario principal u otro miembro				
adulto del hogar				

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a 500 North Elm St. Brownstown, IN 47220

Certifico (garantizo) que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporcionará con relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tenga conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales.

Nombre del adulto que completa el formulario (en letra de imprenta)	
Dirección (si está disponible)	
Núm. de dpto.	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Teléfono diurno y dirección de correo electrónico (opcional)	
Fecha de hoy	

PASO 5

Otros beneficios - No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.

¿Desea recibir ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?
 Sí No
 Si la respuesta es Sí, firme a la derecha

Certifico que soy el padre/tutor legal del/los niño(s) respecto del/los cuales se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se comparará con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TÍTULO 45; PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.

Fecha de hoy: _____

Firma del adulto que completa el formulario

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de Medicaid o Hoosier Healthwise. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información de la información a tal efecto.

Firma del adulto que completa el _____ Fecha de hoy: _____

OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

Origen étnico (seleccione una opción):

- Hispano o latino
- No hispano ni latino

Raza (seleccione una o más opciones):

- Indígena de EE. UU. o Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanca

Declaración sobre el uso de la información: explicamos cómo usaremos la información que nos proporciona. La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resources/info/usdc-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (2) fax: program.intake@usda.gov
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

<p>PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA - NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA</p> <p>INCOME CONVERSION TO YEARLY:</p> <p>WEEKLY X 52 EVERY 2 WEEKS X 26 TWICE A MONTH X 24 MONTHLY X 12</p>	<p>ELIGIBILITY DETERMINATION</p> <p>Income Eligibility: Total Household Size: _____ per: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly</p> <p>OR Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/> Food Stamps/TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Foster</p> <p>Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Approved Reduced price <input type="checkbox"/> Denied</p> <p>Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Signature of Determining Official: _____ Date: _____</p>	<p>Date Withdrawn: _____</p>
<p>VERIFICATION</p> <p>Application Direct Verified? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>Confirmation Review Official: _____</p>	<p>Approval Based On:</p> <p><input type="checkbox"/> Food Stamps / TANF Case Number</p> <p><input type="checkbox"/> Household Size and Income</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p>Reason for Change:</p> <p><input type="checkbox"/> Income: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Household Size: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Change in Food Stamps / TANF</p> <p><input type="checkbox"/> Did not respond</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>
<p>Date Verification Notice Sent: _____</p>	<p>Date Response Due from Households: _____</p>	<p>Date Notice of Change Sent: _____</p>
<p>Date Second Notice Sent (or N/A): _____</p>	<p>Request for Appeal</p> <p>Date: Hearing Requested: _____</p> <p>Hearing Decision: _____</p>	<p>Date Change Made: _____</p>
<p>Verifying Official's Signature: _____</p>		<p>Date: _____</p>