

**PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar**

ID del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Living with parent or caretaker relative?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no estén relacionados". Los niños en **adoptivo** y los niños que cumplen con la definición de personas **sin hogar, migrantes o fugitivos** son elegibles para comidas gratis. Lea **cómo solicitar comidas escolares gratuitas oa precio reducido** para obtener más información.

**PASO 2 — Programas de Asistencia**

¿Participan actualmente algunos miembros del hogar (incluido usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP (Food Stamp) o TANF? **Circule uno**: Sí / No

Número De Caso:

Si respondió **NO** > Complete el PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

**PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar** (Sáltese este paso si responde "SI" al PASO 2)

Por favor, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratis Precio Reducido** para más información. Las "fuentes de ingresos para los niños" sección le ayudarán con la cuestión de Ingresos del niño. Las "fuentes de ingresos para adultos" sección le ayudarán con la sección de los miembros del hogar Todo adulto.

**Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe:** W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual

Ingreso Niño	Frecuencia?			
	W	E	T	M
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. A veces los niños en el hogar ganar o recibir ingresos. Por favor, incluya el ingreso total recibido por todos los miembros del hogar que figuran en el Paso 1 aquí.

Frecuencia?
<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M

B. Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1 (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso brutos de cada fuente en dólares (no centavos) solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Adultos (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?			
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar \*\*\* - \*\* -

Marque si no tiene SSN

**PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto** (Gire para Beneficios de libros de texto)

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que lleno este formulario

Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

**OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños**

Etnicidad (marque uno):

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  
 Asiático  Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico  Blanco



**Otros Beneficios - Esta sección no necesita ser completada para recibir beneficios de comida gratis oa precio reducido.**

¿Desea recibir ayuda con libros de texto?

**SÍ** En caso afirmativo, **firmé a la derecha**

**NO** →

Certifico que soy el padre / guardián del (de los) niño(s) para quien se está haciendo la solicitud. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información sobre esta solicitud para ayuda con libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este propósito. Esta información de aplicación será compartida con la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana de acuerdo con I.C. 20-33-5-2 y I.C. 12-14-28-2, únicamente con el propósito de cumplir con 45 C.F.R. Partes 260 y 265.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN \_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

Para más información sobre Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.

Esta información de aplicación puede ser compartida con la Administración de Servicios Familiares y Servicios Sociales con el propósito de identificar a los niños que pueden calificar para un seguro de salud gratuito oa bajo costo bajo Medicaid o Hoosier Healthwise. Si desea que la información de la aplicación sea compartida para este propósito, firme abajo. Certifico que soy el padre / guardián del (de los) niño (s) para quien se hace la solicitud. Autorizo la divulgación de información para este propósito.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN \_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

**La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, exige la información en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si no presenta toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando usted está presentando la solicitud en nombre de un hijo de crianza o usted escribe un número de caso de Asistencia Alimentaria (FA), Programa de Inversión Familiar (FIP) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisión de programas, y funcionarios policiales para ayudarles a investigar violaciones a las normas del programa.

**Declaración de no discriminación de USDA:** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan en o administran los programas del USDA no pueden discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o venganzas por actividad previa a los derechos civiles en ningún programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, información en audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben contactar la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas diferentes de inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación en Programa USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y en dicha carta exponga toda la información solicitada en el formulario. Para obtener una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Oficina del secretario adjunto de derechos civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que fomenta la igualdad de oportunidades.

**PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE - NO ESCRIBA ABAJO ESTA LÍNEA**

INCOME CONVERSION to YEARLY:

WEEKLY X 52

EVERY 2 WEEKS X 26

TWICE A MONTH X 24

MONTHLY X 12

**ELIGIBILITY DETERMINATION**

Income Eligibility: Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_ per: Weekly Every 2 Weeks Monthly Twice a Month Yearly

OR Categorical Eligibility: Food Stamps/TANF Migrant Homeless Runaway Foster

Eligibility Determination: Approved Free Approved Reduced Price Denied

Reason for Denial: Income Too High Incomplete Application Other \_\_\_\_\_

Type of Eligibility Notification Provided (if denied, notification must be written): Verbal Written Date: \_\_\_\_\_

Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

**VERIFICATION**

Confirmation Review Official: \_\_\_\_\_ Application Direct Verified? Yes No

Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: Food Stamps / TANF Case Number	Verification Results:  No Change Free to Reduced Free to Paid Reduced to Free Reduced to Paid	Reason for Change: Income: _____ Household Size: _____ Change in Food Stamps / TANF Did not respond Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____ Date Change Made: _____
Date Response Due from Households: _____	Household Size and Income			
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	Other _____			

Request for Appeal  
Date Hearing Requested: \_\_\_\_\_  
Hearing Decision: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_