

Wawasee Community School Corporation
Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido 2020-2021

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
Formulario escolar núm. 521/2018

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
Miembro: "Toda persona que vive con usted y comparte sus gastos e ingresos, aunque no exista relación de parentesco".
Niños bajo custodia tutelar y niños comprendidos en la definición de sin hogar, sin residencia fija o fugitivo son elegibles para acceder a las comidas gratuitas. Lea Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido para más información.

Table with 10 columns: Nombre del niño, Inicial del segundo nombre, Apellido del niño, ¿Es estudiante?, Sólo para estudiantes: Nombre de la escuela, Sólo para estudiantes: Fecha de nacimiento, Sólo para estudiantes: Grado, ¿Vive con los padres o un familiar responsable de su cuidado?, Niño bajo custodia, Sin hogar, sin residencia fija, fugitivo. Rows 1-5.

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. Sí > Ingrese el número de caso y proceda con el PASO 4 (No complete el PASO 3).
Número de caso: / / / / / / / / / /
Ingrese un único núm. de caso en este espacio.

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

Lea Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido para más información.
La sección Fuentes de ingresos de los niños lo ayudará a responder la pregunta sobre Ingresos de los niños. La sección Fuentes de ingresos de los adultos lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

A. Ingresos del niño. B. Todos los miembros adultos del hogar (incluso usted).
Includes income reporting sections for children and adults with frequency options (Semanal, Cada 2 sem, 2 x mes, Mensual) and checkboxes for public assistance and pensions.

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a : 1 Warrior Path Bldg. #2, Syracuse IN 46567. Voltee la página si desea solicitar ayuda para comprar libros de texto.

Form section for adult contact information including fields for Name, Address, City, State, Zip, Signature, Date, and Phone/Email.

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

Si la respuesta es Sí, firme →

☐ No

a la derecha

Certifico que soy el padre/tutor legal del/de los niño(s) respecto del/de los cual(es) 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 compartirá 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.

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Para uso exclusivo de la escuela:

☐ Aprobado☐ Denegado☐ No Aplica

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 a tal efecto.

Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.

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: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.**

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 ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: explica qué debe hacer si cree que lo han tratado injustamente. 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 participen 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 audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron 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_0.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 lleno 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.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA**INCOME CONVERSION to YEARLY:**

WEEKLY X 52

EVERY 2 WEEKS X 26

TWICE A MONTH X 24

MONTHLY X 12

ELIGIBILITY DETERMINATIONIncome Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income:\$ _____ per: ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Monthly ☐ Twice a Month ☐ YearlyOR Categorical Eligibility: ☐ Food Stamps/TANF ☐ Migrant ☐ Homeless ☐ Runaway ☐ FosterEligibility Determination: ☐ Approved Free ☐ Approved Reduced price ☐ DeniedReason for Denial: ☐ Income Too High ☐ Incomplete Application ☐ Other _____

Signature of Determining Official: _____ Date: _____

Date Withdrawn: _____

VERIFICATIONConfirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes ☐ No ☐

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Households: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

☐ Food Stamps / TANF Case Number☐ Household Size and Income☐ Other _____

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: _____

Request for Appeal

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____