

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado (Opcional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Sí / No

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.

Número De Caso:

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	Ingresos Niño	Frecuencia?			
		W	E	T	M
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.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 total de cada fuente en dólares enteros 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.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

"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 llene 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 Hawái u Otras Islas del Pacífico Blanco



4807

App #:

Cuidado de Salud de Bajo Costo y Libre

Si sus niños reciben comidas gratis o precio reducido, pueden también ser capaz de obtener un seguro gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños de Virginia Occidental (WVCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más probabilidades de recibir atención regular de salud y son menos propensos a faltar a la escuela por razones de enfermedad.

Si desea información sobre WVCHIP o Medicaid, por favor llame al número gratuito a cualquier hora al 1-877-982-2447 o visite www.chip.wv.gov. También puede solicitar en línea en www.wvinroads.org.

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da.

La Ley de Almuerzo Escolar Richard B. Russell Nacional requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis oa precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIPIR) número de caso u otro identificador FDIPIR para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis oa precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con la educación, y los programas de nutrición de la salud para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

1. correo:
Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Avenida Independencia, SW
Washington, DC 20250-9410; o
2. fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis oa precio reducido si el ingreso familiar no excede los límites de esta tabla.

Tabla de Elegibilidad Según los Ingresos de Precio Reducido-Julio 1, 2022-Junio 30, 2023					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada dos Semanas	Semanal
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
Por cada persona adicional:					
	8,732	728	364	336	168