

**COMPLETE  
SÓLO UNA SOLICITUD  
POR GRUPO FAMILIAR**

**ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE ALBEMARLE  
SOLICITUD DE 2019-20 PARA  
COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REBAJADO**

Código del idioma  
E=inglés  
S=español.  
Otro \_\_\_\_\_

Nº de Solicitud

Para solicitar beneficios, por favor complete, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela de la división. **También puede completar la solicitud en línea en <http://albemarlechildnutrition.schoollunchapp.com>**. También puede enviar la solicitud por correo a "The Child Nutrition Program", 1180 Seminole Trail, Charlottesville, Virginia 22901. Por favor lea detenidamente las instrucciones al reverso de este formulario. Si necesita ayuda para completar la solicitud o si tiene alguna pregunta puede llamar a nuestra oficina al (434) 295-0566.

**Parte 1. Niños en la escuela.** Anote a todos los niños que asisten a la escuela en su grupo familiar.

	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2 NOMBRE	GRADO	ESCUELA	Nº IDENT. DEL ALUMNO (optativo)	NIÑO DE AOGIDA
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>

**\*\*** Si el menor para el cual usted está solicitando beneficios es un **NIÑO DE ACOGIDA**, el cual es responsable legalmente una agencia de servicios sociales o los tribunales, **marque el casillero de arriba y vaya a la Parte 5. Si hay otros niños en el grupo familiar que no son niños de acogida, complete la Parte 2 o vaya a la Parte 4 si es que nadie en el grupo familiar recibe beneficios "SNAP" o "TANF"**

**Parte 2. SNAP or TANF:** Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT):                 (Número de caso es de 7-12 dígitos)

**PARTE 3.** Si el menor para el que está solicitando beneficios no tiene hogar, es migrante o se ha escapado del hogar, marque la casilla que corresponda y llame a la escuela para hablar con el encargado de las personas sin hogar o con el coordinador de alumnos migrantes o que se han escapado del hogar.  Sin hogar  Migrante  Escapado del hogar **Complete las Partes 1, 4, 5, 6 y 7.**

**PARTE 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES:** Escriba el nombre de todos los integrantes del grupo familiar, a incluir los niños mencionados arriba. Anote el ingreso (antes de las deducciones) y díganos con qué frecuencia recibieron esa cantidad.

Nombres de todos los integrantes del grupo familiar (Incluya a los niños nombrados arriba)  No complete esta parte si esto es para un niño de acogida o si anotó un número de caso de "SNAP" o "TANF" en la Parte 2.		Edad	Anote el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Anote la frecuencia con que se recibe ese ingreso. Use lo siguiente: <b>(W) = Semanal (2W) = Cada 2 semanas (2M) = Dos veces al mes (M) = Mensual</b>		Asistencia pública, pagos para manutención de niños o de cónyuge <small>Pagos de asistencia pública, pagos de asistencia social, pagos de manutención de cónyuge/hijos</small>	Pensiones, jubilación, seguro <small>Pensiones, Ingreso de seguridad complementaria, ingreso por jubilación, pagos a veteranos, seguro social</small>	Cualquier otro ingreso <small>Beneficios por discapacidad, efectivo retirado de cuentas de ahorro, intereses/dividendos, ingresos por bienes raíces/fideicomiso/inversiones, contribuciones regulares de personas que no viven con el grupo familiar, regalías netas/pensión anual/ingreso neto por arriendo, cualquier otro ingreso</small>
			Ingresos por trabajo antes de las deducciones, sueldos, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por cesantía, indemnización laboral o ingresos por ser propietario de un negocio o de una granja	Trabajo 1			
1.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
5.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
6.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
7.			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
Totales miembros de la familia (niños y adultos)		<input type="text"/> <input type="text"/>					

**PARTE 5. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS: NO ESTÁ OBLIGADO A CONTESTAR ESTA PREGUNTA.**

**Identidades étnicas:** Elija una de las siguientes opciones:  hispano o latino  no hispano ni latino

**Identidades raciales:** Elija una o más de las siguientes identidades raciales (además de la etnia):

Indígena estadounidense/nativo de Alaska  Asiático  Negro o afro estadounidense  Indígena de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco

**PARTE 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y seguro médico:** Su hijo podría calificar para otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información que hay en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia que se conoce en inglés como FAMIS. Si usted no desea que se comparta esta información, debe marcar la casilla de más abajo que dice NO. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado.

NO, no quiero que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para comidas gratuitas o a precio rebajado con Medicaid ni FAMIS.

**PARTE 6b OTROS:** Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. **Si**, doy permiso para que la información proporcionada en esta solicitud se utilice sólo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.

**PROGRAMAS/SERVICIOS COMUNITARIOS**

Clínica dental  Campaña de juguetes / Comida  Cupones para ropa  Campamentos/Actividades de verano  Útiles escolares

**PROGRAMAS/SERVICIOS ACADÉMICOS**

Cuotas por deporte  Excursiones/uniformes para ed. física  Cupones para pruebas/ determinación de becas  Nivelación/servicios adicionales de tutoría  Servicios de intérprete

**PARTE 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y debe proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de seguro social o marcar el casillero si no tienen uno, antes de que se pueda aprobar la solicitud. (Ver la declaración de la Ley de Privacidad al reverso)

**CASTIGOS POR TERGIVERSACIÓN:** Certifico que toda la información anterior en esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que yo proporcione. Entiendo que si a propósito doy información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me podrían procesar.

XXX-XX-

No tengo un número de Seguro Social

**FIRME AQUÍ >>**

Nº de Seguro Social del adulto que firma la solicitud

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Fecha

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda.

**NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA AÑO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.**

**UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED EN SU HOGAR.**

### SI UN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

**Parte 3:** Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

### SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES Emigrante, Abandonó su Hogar O NO TIENE HOGAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

**Parte 4:** Conteste estas preguntas.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Parte 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

### SI ESTA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DE CRIANZA Y ES LA RESPONSABILIDAD DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O UNA CORTE, MARQUE EL BLOQUE Y SALTE A LA PARTE 5. SI HAY OTROS ESTUDIANTES EN EL HOGAR QUE NO SON HIJOS DE CRIANZA, COMPLETE PARTE 2 O SALTE A LA PARTE 4 SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si **todos** los niños en su hogar son hijos de crianza:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

**Partes 2, 3 y 4:** Salte estas partes.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

Si **más de un niño en su hogar son hijos de crianza y otros niños en su hogar no son hijos de crianza:**

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

**Parte 2:** Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

**Parte 3:** Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

**Parte 5:** Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Partes 6 y 6b:** Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

**Parte 7:** Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

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.

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 participan 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/2012/2012\\_Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/2012_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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.