2025-2026 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO
COMPLETE *UNA SOLICITUD* POR HOGAR

Sólo Para Uso de Oficina

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)

	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA**
1							☐
2							☐
3							☐
4							☐
5							☐
6							☐

**** 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.**

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 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.
Sin Hogar ☐ Emigrante ☐ Abandonó su Hogar ☐ **Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.**

Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.

Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba **cada cuánto tiempo** se recibe esa cantidad, por ejemplo:
(S) = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba) No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2	**Edad**	**Ingresos por Trabajo ANTES de Las Deducciones** Pagos, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo o ingresos por ser propietario de un negocio.		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio.	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos.	**Otros Ingresos** Beneficios por discapacidad, efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios / fideicomiso/ inversiones, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidades/ ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso.
		Trabajo 1	Trabajo 2			
		Cantidad/ Frecuencia	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**	**Cantidad/ Frecuencia**
EXAMPLE: *Jane Doe*	32	$ 18,000 / 2M	$ 0 /	$ 0 /	$ 0 /	$ 0 /
1.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
2.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
3.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
4.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
5.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
6.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
7.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
8.		$ /	$ /	$ /	$ /	$ /
Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos) ☐☐						

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta
Marque una identidad étnica: ☐ hispano o latino ☐ No hispano o latino
Marque una o más de las identidades raciales: *(sin importar la identidad étnica)*
☐ Asiático ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ De raza negra o Afro-Americano ☐ Blanco ☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico

Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico: Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en ingles). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
☐NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

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

Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se han divulgado. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XXX-XX-☐☐☐☐ ☐ **No tengo número de Seguro Social** SIGN HERE

Los 4 números ultimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud **Firma del adulto que reside en el hogar** **Fecha**

Dirección postal: **Teléfono del hogar:**

Código postal: **Teléfono del trabajo:**

DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY

Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12

TOTAL INCOME/HOW OFTEN: $_____/____ HOUSEHOLD SIZE _____ ☐ SNAP ☐TANF ☐Foster Child
☐Approved Free ☐Approved Reduced ☐Other: _____
☐Denied Reason: ☐Income Too High ☐Incomplete Application

Date Approval/Denial Notice Sent To Household: Signature of Approving Official:

Transferred/Withdrawn Date: **Transferred To:**

VERIFICATION SUMMARY: Date Selected: Date of Confirmation Review: Reviewer's Initials: Confirmation Result:

Date Response Due: Date of 2nd Notice: Date Verification Results Notice Sent:

Verification Results: ☐No Change ☐Free to Reduced ☐Free to Paid ☐Reduced to Free ☐Reduced to Paid

Reason for Change: ☐Income ☐Household Size ☐Refused to Cooperate ☐SNAP/TANF Eligibility

Date: Verifying Official's Signature:

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 la escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda. **NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA ANO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDA ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.**

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NINO 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.
Part 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.
Part 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 ingles), y beneficios del veterano (VA según las siglas en ingles). 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 estás 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 nif 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 ingles), y beneficios del veterano (VA según las siglas en ingles). 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 estás 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. Uste 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 cas de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Asistance 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 las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

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

Para presentar una queja por discriminación del programa. el denunciante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que puede conseguir en línea en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre. la dirección y el número de teléfono del denunciante, y una descripción escrita de la supues acción discriminatoria con los detalles suficientes para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de derechos civiles. Debe enviarse el Formulario AD-3027 completado o la carta al USDA por:

1. **Correo postal:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410
2. **Fax:**
   (833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. **Correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.