

2022 - 2023 Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido - Agencia de Educación de VT

App #

Complete una solicitud por grupo familiar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1 Anote TODOS los miembros del grupo familiar que sean bebés, menores y estudiantes hasta e incluyendo los del 12º grado (si se necesitan más espacios para escribir nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Definición de Miembro del grupo familiar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, aunque no sea pariente".
 Los menores en **Cuidado Tutelar** y los menores que cumplen la definición de **Sin hogar**, **Migrantes o Fugitivos** tienen derecho a comidas gratuitas. Lea **Cómo solicitar Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido** para obtener más información.

Primer Nombre del Menor	SEGUNDO	Apellido del menor	Nombre de la escuela	Grado	¿Estudiante?		Sin hogar, Migrante de acogida*, Menor o Fugitivo	
					Sí	No	Marque todo	
					<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="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"/>

* Participante del Programa de Educación para Migrantes

PASO 2 ¿Algún Miembro de la familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia? 3SquaresVT o Reach Up?

Si la respuesta es **NO** > Complete el PASO 3. Si la respuesta es **SÍ** > Escriba un número de caso aquí y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

PASO 3 Informe de los ingresos de TODOS los Miembros del grupo familiar (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2 y proporcionó un número de caso)

Para más información, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido**. La sección **Fuentes de Ingresos de Menores** lo ayudará con la pregunta sobre **Ingresos de Menores**. La sección de **Fuentes de Ingresos de Adultos** lo ayudará con la sección de **Todos los Miembros Adultos del Grupo Familiar**.

- A. Ingresos de los Menores** A veces los menores del grupo familiar reciben ingresos. Por favor, incluya aquí el **TOTAL** de los ingresos recibidos por todos los menores indicados en el PASO 1, si corresponde. Consulte el reverso para obtener más información.
- B. Todos los miembros adultos del grupo familiar (incluido usted)** Incluya a todos los miembros del grupo familiar que no se hayan indicado en el PASO 1 (incluido usted), **aunque ellos no reciban ingresos**. Para cada Miembro del Grupo Familiar, si recibe ingresos, indique el total de la fuente de ingresos en dólares enteros. Si ellos no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (jurando) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos de los menores	Ingresos de los menores			
	Semana	Quincenal	2 veces al Mes	Mensual
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de los Miembros Adultos del Grupo Familiar (el primer nombre y el apellido)	Ingresos provenientes del trabajo	Ingresos provenientes del trabajo				Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión Alimenticia	Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión Alimenticia				Pensiones/Jubilaciones/ Otros ingresos	Pensiones/Jubilaciones/ Otros ingresos			
		Semana	Quincenal	2 veces al Mes	Mensual		Semana	Quincenal	2 veces al Mes	Mensual		Semana	Quincenal	2 veces al Mes	Mensual
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total de Miembros del Grupo Familiar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguridad social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del grupo familiar

Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

"Certifico (juro) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de Fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales que correspondan".

Firma del adulto que completa el formulario

Nombre con letra de molde del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Número de teléfono celular

Dirección postal (si la tiene)

Nro. de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico (opcional)

Otros beneficios: Para obtener información sobre el seguro médico gratuito o de bajo costo, comuníquese con Green Mountain Care al 1-800-250-8427 o visite www.GreenMountainCare.org. Para obtener información sobre 3SquaresVT para ayudar con los gastos de alimentación, llame al 1-800-479-6151 o visite www.vermontfoodhelp.com.

No completar Solo para uso escolar

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income

Frequency					Household Size	Categorical Eligibility	Eligibility		
Weekly	Bi-weekly	2x/month	Monthly	Yearly	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Free	Reduced	Denied

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Fuentes de ingresos para menores	
Fuentes de ingresos de los menores	Ejemplo(s)
- Ingresos provenientes del trabajo	- Un menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad social - Pagos por discapacidad - Beneficios de supervivencia	- El menor es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - El padre o la madre es discapacitado, está jubilado o falleció y su hijo recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de la persona ajena al grupo familiar	- Un amigo o un miembro de la familia extendida da dinero habitualmente al menor para sus gastos
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un menor recibe ingresos frecuentes de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos		
Ingresos provenientes del trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de menores	Pensiones/Jubilación /Otros ingresos
- Sueldos, salarios, bonos en efectivo - Ingresos netos provenientes del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en los EE.UU. Militares: - Pago básico y bonos en efectivo (NO incluyen el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios de alojamiento fuera de la base alojamiento, comida y ropa	- Prestaciones de desempleo - Compensación laboral - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - Ayuda en efectivo del gobierno estatal o local - Pensiones alimenticias - Pagos de manutención de menores - Beneficios para veteranos - Prestaciones de huelga	- Seguridad Social (incluida la jubilación ferroviaria y las prestaciones por pulmón negro) - Pensiones privadas o prestaciones por invalidez - Ingresos frecuentes de fideicomisos o herencias - Anualidades - Ingresos por inversiones - Intereses devengados - Ingresos por alquileres - Pagos habituales en efectivo que no provienen del grupo familiar

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Menores

Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a cerciorarse que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Etnia (marque una): Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS

Tamaño del grupo familiar	Anual	Mensualmente	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 miembro adicional del grupo familiar, añada	8.732	728	364	336	168

La tabla de la izquierda muestra los lineamientos de los precios reducidos. Sus hijos pueden tener derecho a comidas escolares gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su grupo familiar están dentro de los límites de esta tabla.

La Ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere la información presente en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un hijo de acogida o cuando indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (3SquaresVT), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Reach Up) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o cualquier otro identificador del FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de la seguridad social. Usaremos su información para determinar si su hijo tiene derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar los incumplimientos de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y de los EE.UU. De acuerdo con las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (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 puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-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 demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con detalles suficientes para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha del supuesto incumplimiento de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser enviados al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de EE.UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.