

SOLICITUD DEL HOGAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO EN 2023-24

Distrito Escolar de Pullman #267

Solicitud en línea: www.pullmanschools.org (acceso familiar en Skyward)

Llene y firme esta solicitud, y hágala llegar a: Nutrition Services 510 NW Greyhound Way, Pullman, WA 99163 o a la oficina de la escuela de su hijo(a)

Haga clic aquí si recibió beneficios de alimentos el año pasado:

Sin hogar

Migrante

1. Escriba los nombres de **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante está en cuidado de crianza, sin hogar, o es migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" la casilla que corresponda a la frecuencia con la que los recibe.

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Cuidado de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingresos del estudiante	Semanal	Catorcenal	2 veces al mes	Mensual
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) actualmente participa en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba el número de caso. Si no es así, vaya al paso 3.

Alimentos Básicos TANF Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIPR) Número de caso: _____

3. Escriba los nombres de todos los demás miembros del hogar – Escriba los ingresos (sin centavos) y MARQUE con cuánta frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja la sección de ingresos en blanco, usted declara con no hay ingresos que informar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes antes mencionados)	Cuidado de crianza	Ingresos por trabajo (antes de deducciones)	Ingresos				Asistencia pública/ Manutención para niños/ Pensión alimenticia	Ingresos				Pensiones/ Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro ingreso que no haya incluido	Ingresos			
			Semanal	Catorcenal	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Catorcenal	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Catorcenal	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Catorcenal	2 veces al mes	Mensual
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Cantidad total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que habiten en su vivienda):

(el número total debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar que escribió antes)

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (NSS) del Principal sostén del hogar u otro miembro del hogar Marque si no tiene NSS:

5. Información de contacto y firma – Llene y firme esta solicitud, y hágala llegar a:

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera e incluye todos los ingresos. Entiendo que esta información se utiliza para la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (confirmar) la información. Estoy consciente de que si proporciono información falsa de manera deliberada, mis hijos pueden perder sus beneficios de alimentos y yo puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde de un miembro adulto del hogar _____

Firma de un miembro adulto del hogar _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección postal _____

Ciudad, estado y código postal _____

Teléfono diurno _____

Fecha _____

6. Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional) – estamos obligados a pedir información sobre la raza y el grupo étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de servir plenamente a nuestra comunidad. Contestar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas y a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indígena americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico
 Blanco

Marque una identidad étnica:

- Hispano o latino
 No hispano ni latino

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** exige la información de esta solicitud. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar comidas gratuitas o con precios reducidos para su hijo(a). Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguro social cuando presenta la solicitud en nombre de un menor en cuidado de crianza o cuando incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Alimentos Básicos), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo(a), o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para administrar y aplicar los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas educativos, sanitarios y nutricionales para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, a auditores para revisar los programas, y a oficiales de cuerpos policiales para ayudarles a investigar infracciones a las reglas del programa.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y con las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

La información del programa puede ofrecerse en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o llamar al USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal en el teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un quejoso debe llenar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en programas del USDA, que 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>, en cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (866) 632-9992, o enviando una carta al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del quejoso y una descripción escrita de la acción presuntamente discriminatoria, con suficiente detalle para informar al secretario adjunto para derechos civiles sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 contestado o la carta al USDA por uno de los siguientes medios:

CORREO POSTAL:
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; o

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

CORREO ELECTRÓNICO: program.intake@usda.gov

El Consejo Directivo del Distrito Escolar de Pullman y el Distrito Escolar de Pullman proveerán igualdad de oportunidades educativas y de trato a todos los estudiantes, en todos los aspectos de los programas y actividades académicas, sin importar su raza, religión, credo, color, país de origen, edad, condición de veterano o militar con baja honorable, sexo, orientación sexual (incluyendo expresión o identidad de género), estado civil, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, la participación en la organización Boy Scouts of America o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad. El distrito proveerá acceso igualitario a las instalaciones escolares a los integrantes de la organización Boy Scouts of America y a todos los demás grupos designados de jóvenes que se incluyan como sociedades patrióticas en el Título 36 del Código de Estados Unidos. Los programas del distrito estarán libres de acoso sexual. Los siguientes empleados han sido designados para contestar preguntas y quejas sobre presunta discriminación: Coordinador de derechos civiles y coordinador del Título IX, superintendente asistente (509) 332-3144, coordinador de la Sección 504, director de servicios especiales, (509) 332-3144. 240 SE Dexter Street, Pullman, WA 99163. Los solicitantes con discapacidades pueden solicitar adaptaciones razonables en el proceso de solicitud, comunicándose con el coordinador de personal al (509) 332-3584.

LEA APPROVAL:

- Basic Food/TANF/FDPIR/Foster
 Income Household

Total Household Size _____

Total Household Income \$ _____

- Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
 Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount Other: _____
 Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date