Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2023-2024

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Envíe la solicitud completa por correo electrónico a: lpavon@dsdmail.net

PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

Definición de **Miembro del hogar**: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

Nombre del niño	Inicial del Segundo Nombre	Apellido del	¿Es estudiante? Sí	¿Es estudiante? No	# identificación de estudiante	Grado	Head Start	Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado

Marque todo lo que corresponda

PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles?

Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique. ☐ SNAP ☐ TANF-FDP ☐ FDPIR

b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. *No escribe el número de Medicaid.*

PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omita este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

A. Ingresos de menores

A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

Ingresos de menores	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
$				

B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)

Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)	Ingresos profesionales	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual	Pensión/ jubilación/ otros	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
	$					$					$				
	$					$					$				
	$					$					$				
	$					$					$				
	$					$					$				

Total de miembros del hogar (niños y adultos) ☐☐

Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar X X X X X ☐☐☐☐ **Marque si no tiene SSN** ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si corresponde) | N.° de apto. | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta | Firma del adulto | Fecha actual

INDICACIONES — Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos para menores

Fuentes de ingresos de menores	Ejemplo(s)
- Ganancias provenientes de empleos	-Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial por el cual gana un salario o sueldo
- Seguro Social - Pagos por incapacidad - Beneficios para sobrevivientes	-Un niño es ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social -Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social
-Ingresos de persona fuera del hogar	-Un amigo o familiar regularmente le da dinero a un niño para sus gastos
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos

Ganancias provenientes de empleos	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits Si usted forma parte de las fuerzas militares de los EE. UU.: - Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada) - Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta	- Beneficios por desempleo - Compensación a trabajadores - Ingreso de Seguro Complementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos por pensión alimenticia - Pagos por manutención de menores - Beneficios para veteranos	- Seguro Social (incluida la jubilación de ferroviarios y el seguro por neumoconiosis del minero [pulmón negro]) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o herencias - Pensiones alimenticias - Ingresos por inversiones - Intereses ganados - Ingresos por rentas - Pagos regulares en efectivo desde el exterior del hogar

OPCIONAL — Identidades raciales y étnicas de los niños

Se nos requiere solicitarle información sobre el origen racial y étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar un servicio completo para nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marcar uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano ni latino

Raza (marcar una o más): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico ☐ Blanco

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo(a) para que reciba comidas gratis a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un menor en cuidado de crianza o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo(a), cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con el personal de las fuerzas del orden público para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.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 reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

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

fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442;

correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que respeta la igualdad de oportunidades.

No completar — Solo para uso administrativo

Annual Income Conversion: Weekly (semanal) x 52, Every 2 Weeks (cada dos semanas) x 26, Twice a Month (bimensual) x 24, Weekly (mensual) x 12

Total Income

How Often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
☐	☐	☐	☐

Household size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility

Free	Reduced	Paid/ Denied
☐	☐	☐

Error Prone ☐

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date