

SOLICITUD DE COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO DEL HOGAR 2023-24

Distrito Escolar de Olympia

Presente su solicitud en línea: por Skyward Family Access

Conteste, firme y entregue esta solicitud a: la escuela de su estudiante o 1302 North St SE, Olympia, WA. 98501

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar

Migrante

1. Escriba los datos de **todos los estudiantes** que vivan con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante es un menor en cuidado de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando con una "x" la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" la casilla que indique 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	Semanales	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensuales
			<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 algún miembro 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 Reservas Indígenas (FDIPR) Número de caso: _____

3. Escriba los nombres de todos los demás miembros del hogar - Escriba los ingresos (sin centavos) y MARQUE la frecuencia con la que los reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, usted promete que no tienen ingresos que informar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar. (no incluya a los estudiantes que mencionó arriba)	Cuidado de crianza	Ingresos por trabajo (antes de cualquier deducción)	Asistencia pública/ Manutención de hijos/ Pensión por divorcio				Pensiones/Jubilación/ Seguro Social (SSI)				Cualquier otro ingreso aún no mencionado								
			Semanales	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensuales	Semanales	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensuales	Semanales	Cada dos semanas	2 veces al mes	Mensuales					
	<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. Número de miembros del hogar (incluya a todas las personas que habitan su vivienda): Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de Proveedor principal u otro miembro del hogar Marque si no tiene SSN:

5. Información de contacto y firma – Conteste, firme y entregue esta solicitud a: _____
 Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que en ella se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona con el fin de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Estoy consciente de que si proporciono información falsa deliberadamente mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y yo puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del miembro adulto del hogar

Firma del miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, estado y código postal

Teléfono diurno

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los menores (Opcional) – Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el grupo étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a toda nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indígena americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo de Hawaii u otro isleño 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. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace no podremos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido de su hijo(a). Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son obligatorios 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, por sus siglas en inglés) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otro identificador del FDPIR de su hijo(a), o cuando indica 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 precios reducidos, y para administrar y hacer cumplir las reglas de los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS proporcionar la información referente a su elegibilidad a programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, a auditores para revisar los programas y a funcionarios policiales para ayudarles a investigar infracciones de las reglas del programa.

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y con las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (lo que incluye la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar de Olympia: El Distrito Escolar de Olympia ofrecerá las mismas oportunidades educativas y el mismo trato a todos los estudiantes en todos los aspectos del programa académico y de actividades, sin discriminación por motivos de raza, religión, credo, color, país de origen, edad, condición de veterano con baja honorable o de militar, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, estado civil, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía o animal de servicio entrenado por parte de una persona con una discapacidad. El distrito proveerá acceso igualitario a las instalaciones escolares a los Boy Scouts of America y a todos los demás grupos juveniles designados como sociedades patrióticas que se indican en el Título 36 del Código de Estados Unidos. Los programas del distrito estarán libres de acoso sexual. Se brindarán apoyos y servicios auxiliares, previa solicitud, a las personas con discapacidades.

La información del programa puede proporcionarse en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con el estado o la agencia local responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al teléfono (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar al USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión en el teléfono (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el quejoso debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en programas del USDA, que puede obtener [en línea](#) de cualquier oficina del USDA, llamando al teléfono (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del quejoso, así como una descripción por escrito del presunto acto discriminatorio con suficientes detalles como para informar al secretario adjunto de derechos civiles sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 contestado o la carta debe enviarse por correo al USDA:

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, **Teléfono:** (202) 690-7442, **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que sigue los principios de igualdad de oportunidades.

SOLO PARA USO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

CONVERSIÓN A INGRESOS ANUALES: Semanales x 52; Cada dos semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensuales x 12.

(NO convierta a ingresos anuales, a menos que el hogar informe ingresos con diferentes frecuencias de pago).

APROBACIÓN DE LA AGENCIA EDUCATIVA LOCAL:

- Alimentos Básicos/TANF/FDPIR/Cuidado de crianza
 Ingresos del hogar

Número de personas en el hogar _____
 Ingresos totales del hogar \$ _____

Semanales Cada dos semanas 2 veces al mes Mensuales Anuales

- SE APROBÓ LA SOLICITUD PARA:** Comidas gratuitas
 Comidas con precio reducido

- SE DENEGÓ LA SOLICITUD POR:** Ingresos superiores al monto permitido Otro motivo: _____
 Información incompleta o faltante

Fecha de envío del aviso

Firma del funcionario que aprueba

Fecha