Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2016-2017 Haga su solicitud al: (insert https://snacs.dpi.wi.gov/SchoolMealApplication/Register.aspx)

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un bolígrafo (no lápiz).

En las Escuelas de Elegibilidad Comunitaria (CEP), para recibir desayunos o almuerzos gratuitos no es obligatorio entregar este formulario de solicitud; sin embargo, esta información es necesaria para otros programas.

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (Si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de **Miembro del Hogar**: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	Grado	Escuela a la que asiste el niño o NC si no va a la escuela	Indique todo lo que sea pertinente: Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Figitivo	Head Start
					☐	☐	☐
					☐	☐	☐
					☐	☐	☐
					☐	☐	☐
					☐	☐	☐

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: FoodShare, W-2 Cash Benefits, or FDPIR? Sí / No

Si usted indicó NO > Complete PASO 3.

Si usted indicó SÍ > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

No. de Caso: _____ Escriba sólo un número de caso en este espacio.

Nombre del programa: _____ Badger Care no califica para comidas gratuitas.

STEP 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2)

A. Ingreso del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Incluya los ingresos TOTALES que reciben todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive de todos los miembros del hogar que figuran aquí en el PASO 1.

Ingreso del niño $ _____ ¿Con qué frecuencia? semana ○ quincenal ○ 2x mes ○ 1x mes ○

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, indicar si reciben ingresos, reportar el ingreso **bruto** total (antes de impuestos) para cada fuente de ingresos solo en dólares enteros (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	C. Ingresos	¿Con qué frecuencia? semana / quincenal / 2x mes / 1x mes	D. Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia? semana / quincenal / 2x mes / 1x mes	E. Pensión/Jubilación/Seguro Social/otros ingresos	¿Con qué frecuencia? semana / quincenal / 2x mes / 1x mes	F. Situaciones especiales Trabajadores temporeros, contrato anual que se paga durante un período menor (empleados de escuelas), ingresos variables. Anualice los ingresos y repórtelos aquí.
	$		$		$		$
	$		$		$		$
	$		$		$		$
	$		$		$		$
	$		$		$		$

G. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños yAdultos) ☐☐

H. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) delasalariado(a) principal u otro adulto del hogar X X X X X ☐☐☐☐ **Indique si no haySSN** ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible) _____ Apartamento # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono y correo electrónico (opcional) _____

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde) _____ Firma del adulto que llenó el formulario _____ La fecha de hoy *Mes/Día/Año* _____

INSTRUCCIONES Fuentes de ingreso

Fuentes de ingreso para niños

Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ganancias por trabajo	- Un menor que tenga un trabajo regular a tiempo completo o a tiempo parcial donde gane un salario o sueldo
- Seguro social - Pagos por discapacidad - Beneficios para sobrevivientes	- Un niño ciego o discapacitado que recibe beneficios del Seguro Social - Un padre/madre que está discapacitado, retirado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
- Ingreso de una persona fuera del grupo familiar	- Un amigo o miembro de la familia extendida que da regularmente dinero para gastar al menor
- Ingreso de cualquier otra fuente	- Un niño que recibe ingresos regulares de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingreso para adultos

Ganancias por trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de menores	Pensiones/Jubilación/Todos los otros ingresos
- Salario, sueldos, bonos en dinero - Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (agricultura o negocios); se calcula restando el total de los gastos operativos de su negocio de sus recibos o ingresos brutos; véase la Tabla C o F Si usted está en el ejército de Estados Unidos: - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluye pago de combate, FSSA o asignaciones de vivienda privatizada) - Asignaciones para vivienda fuera de la base, comida y ropa	- Beneficios por desempleo - Indemnización laboral - Ingreso de seguro suplementario (SSI) - Asistencia en dinero del Estado o gobierno local - Pagos por pensión alimenticia - Pagos por manutención de menores - Beneficios para veteranos - Beneficios por huelga	- Seguro Social (incluida la jubilación de ferrocarriles y los beneficios por la enfermedad del pulmón negro) - Pensiones privadas o beneficios por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonio sucesorio - Anualidades - Ingreso por inversiones - Intereses obtenidos - Ingresos por alquiler - Pagos regulares en dinero desde fuera del grupo familiar

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque uno):

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

☐ Blanco ☐ Indio Americano or Nativo de Alaskan ☐ Negro o Americano Africano

☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái u Isleño del Pacifico Sur

Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohibe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Complain_combined_6_8_12.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

No rellenar Solo para uso de la escuela

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

Total Income	How often? Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly	Household Size	Categorical Eligibility	Eligibility Free	Reduced	Denied	Date Denied	Reason for Denial or Withdrawal
	○	○	○	○	○		☐	○	○	○		

Determining Official's Signature	Date *Mo./Day/Yr.*	Confirming Official's Signature	Date *Mo./Day/Yr.*	Verifying Official's Signature	Date *Mo./Day/Yr.*
		Required for Verification		Required for Verification	

For schools participating in CEP only: **Are *all* students on this application from a CEP school?** YES ☐ NO ☐
If YES, the processing of this application cannot be paid for by the nonprofit school food service account. Only non-CEP applications are used for selecting the verification sample, conducting an independent review of applications, and the Certification and Benefit Issuance portion of the Administrative Review.