

**Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP)/Provisión 2 Año Sin-Base
Formulario de Elegibilidad de Ingreso del Hogar**

El Distrito Escolar de la Ciudad Ampliada de Middletown está participando en la Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) o Provisión 2 de un año Sin Base. Todos los niños en la escuela recibirán comidas/leche sin cargo alguno a pesar de los ingresos del hogar o de la determinación de esta forma. Este formulario es para determinar la elegibilidad para los beneficios del programa estatales y federales adicionales que su hijo(a) puede calificar. Lea las instrucciones en la parte de atrás, complete **solo un** formulario para su hogar, firme su nombre y regrese a la escuela mencionada arriba. Llame al **845-326-1230**, si necesita ayuda.

1. Nombre todos los niños que viven con usted que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Hijo(a) Crianza	No Ingresos
			<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. Los beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, TANF o FDPIR, proporcione su nombre y número de CASO aquí. Y pase a la Parte 5, y firme la solicitud.

Nombre: _____ Número de CASO _____

3. Ingreso Total del Hogar: Incluya todas las personas que viven en su hogar, la cantidad y la frecuencia con que se les paga (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingresos en blanco. Si no hay ingresos, marque la casilla. Si usted ha mencionado un niño de crianza, usted tiene que reportar sus ingresos personales.

Nombre de miembro del hogar	Ingreso del trabajo antes de deducciones <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Manutención Infantil, Mantenimiento <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Pagamentos de Pensiones, Jubilaciones <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Otros Ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad / Frecuencia</i>	No Ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<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. Firma: Un adulto miembro del hogar debe firmar esta solicitud.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la información es dada para que la escuela puede recibir fondos federales. Las autoridades escolares pueden verificar la información y si he dado información falsa, yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales, y mis hijos pueden perder los beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono de la Casa: _____

Teléfono del Trabajo _____

Dirección de Domicilio/Residencial: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA - PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE

**Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12**

SNAP/TANF/Foster
Income

Total Household Income/How Often:

Household Size:

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Denied Eligibility

Signature of Reviewing Official

PARTE 1**TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.**

- (1) Escriba con letra de molde los nombres de los niños, incluyendo los hijos de crianza, para quien está aplicando en un solo formulario.
- (2) Escriba su grado y la escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un hijo(a) de crianza que viven en su hogar, y marque la casilla para cada niño sin ingresos.

PARTE 2**LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE RECIBEN SNAP, TANF o FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR PARTE 4**

- (1) Lista de SNAP actual (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) el número de caso de cualquier persona que viva en su hogar. No utilice el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un adulto debe firmar la solicitud en la PARTE 4. **No llene la Parte 3** - No incluya los nombres de los miembros del hogar o ingresos si lista un número de SNAP, TANF o FDPIR.

Parte 3 y 4**TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR DEBEN COMPLETAR TODAS LAS PARTES 3 y 4.**

- (1) Escriba los nombres de todas las personas en su hogar, ya sea o no que obtienen ingresos. Incluyase, a los niños que usted están completando el formulario, y a todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas que viven en su hogar. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de los ingresos corrientes que cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o cualquier otra deducción que le sacan, e indicar de dónde vine, tales como los ingresos, el bienestar, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos de lo normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique con qué frecuencia recibe esta cantidad de ingresos: semanal, cada dos semanas (quincenal), 2 veces por mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado de niños provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de gastos incurridos por ese cuidado bajo el Cuidado y Desarrollo Infantil Block Grant, TANF y Programas de Cuidado Infantil de Riesgo **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

La Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provee. La Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted solicita en nombre de un hijo de crianza o usted nombra a SNAP, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro número de identificador FDPIR para su niño(a) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene 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. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) los reglamentos y pólizas civiles, el USDA, sus Agencias, Oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por actividad de los derechos civiles previa en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron para beneficios. Las personas sordas o con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede hacer disponible en otros idiomas aparte de Inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de Queja del Programa de Discriminación USDA](#) (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o 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 queja, llame al (866) 632 -9992. Envíe su formulario completado o carta a USDA por:

- (1) correo postal: Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 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.