Proporcionado por la Junta Administrativa de Contabilidad del Estado

Forma Escolar No. 521 / 2012

St. Casimir School

K339

CORPORACIÓN ESCOLAR

NUMERO DE LA CORPORACIÓN

APLICACIÓN PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO Y OTROS BENEFICIOS

Una aplicación por hogar – Efectivo 1 de julio, 2005

rte 1. Nombres de todos los embros de la casa imer, Segundo Inicial, Apellido)	Solamente para estudiantes: Marque si vive con un padre o pariente guardián	Solamente para estudiantes: Nombre de la escuela de cada estudiante	Solamente para estudiantes: Grado	Solamente para estudiantes: Fecha de nacimiento	Solamente para estudiantes: Marque si es hijo de crianza	Marque si N recibe ingresos o salario
	☐				☐	☐
	☐				☐	☐
	☐				☐	☐
	☐				☐	☐
	☐				☐	☐

rt 2. Si algún miembro de su casa (estudiante, adulto, o no-estudiante) tiene un número de caso valido para cupones para alimentos (SNAP) o TANF, provea e nbre de quien recibe el beneficio y marcar la cajilla que corresponde al programa de beneficios, también anote el número de su caso y pasar a la "Parte 5". Si ie recibe un beneficio, pase a la "Parte 3".

mbre: _____ **Cupones Para Alimentos** ☐ **TANF** ☐ **Numero del Caso:** ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

rte 3. Si el niño para el que usted aplica es un niño migrante, sin hogar, o que ha abandonado su hogar, marque la casilla apropiada y llame a hool, homeless liaison, migrant coordinator at phone #] Sin Hogar ☐ Migrante ☐ Abandonó su Hogar ☐

rte 4.

Sección 2

TOTAL DE LOS INGRESOS BRUTOS DE LA CASA (ANTES DE DEDUCCIONES). ENUMERE LOS INGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN LA MISMA LINEA. MARQUE LA CAJILLA QUE CORRESPONDE A LA FRECUENCIA DE LOS INGRESOS Y SALARIOS. ESCRIBA CADA INGRESO SOLAMENTE UNA VEZ.

INGRESOS BRUTOS y FRECUENCIA RECIBIDO

Ejemplo: $100/mensuales o $100/cada 2 semanas o $100/semanales

ccción 1 OMBRE umere solamente embros del hogar e reciben ingresos n salario).	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Semanales	cada 2 semanas	Quincenal	Mensuales	Pagos de asistencia social, pensión por menores, pensión de divorcio	Semanales	cada 2 semanas	Quincenal	Mensuales	Seguro Social, SSI, VA, Pensión, Beneficios para Jubilados	Semanales	cada 2 semanas	Quincenal	Mensuales	Otros Ingresos Recibidos como beneficios del desempleo	Semanales	cada 2 semanas	Quincenal	M
mplo: Jane Smith	*$ 200*	☐	☒	☐	☐	*$ 150*	☒	☐	☐	☐	*$ 100*	☐	☐	☐	☒	*$ 50*	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

rte 5. **FIRMA:** Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene e anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la eclaración al dorso de esta página.) Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. ntiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la ormación. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar dicialmente.

X_____
Firma de un adulto miembro del hogar

***-**-___ ___ ___ ___
Número de Seguro Social

☐ No tengo número de Seguro Social

_____
Teléfono particular

_____
Teléfono del trabajo

_____
Nombre del adulto miembro del hogar (en letra de mprenta)

_____
Fecha firmada

_____
Domicilio

_____
Código Postal

_____
Dirección del correo electrónico

arte 6. **OTROS BENEFICIOS:** No es necesario llenar esta sección para recibir comidas gratis o a precio reducido.

esea recibir asistencia con los libros de xto?

SI - **Firme a la derecha** ➔

NO

Yo certifico que soy el padre/guardián del niño objeto de la aplicación. Mi firma autoriza que la información contenida en esta aplicación se puede compartir con los programas que están marcados. Renuncio a mis derechos confidenciales solamente para estos fines. Esta información se compartirá con la oficina de FSSA de acuerdo con I.C. 20-33-5-2 y I.C 12-14-28-2 para cumplir con 45 C.F.R. Partes 260 y 265.

X_____ _____
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN FECHA

Sólo para el uso de la escuela

☐ Approved
☐ Denied
☐ Not Applicable

Si desea compartir esta información con Hoosier Healthwise, véase la página 2.

.a información contenida en esta solicitud se podrá compartir con la oficina de FSSA para propósitos de establecer quienes podrán optar recibir comidas gratis ı seguro de salud gratis o a precio reducido bajo Medicaid or Hoosier Healthwise. Si DESEA compartir la información contenida en esta solicitud para estos ›ropósitos, favor de firmar a continuación. Certifico que soy el padre o adulto del grupo familiar del niño objeto de la solicitud. Autorizo que se comparta esta nformación con esos fines.

(_____ _____

Firma del padre o adulto del grupo familiar — Fecha

Para obtener información de seguro de salud llamar A Hoosier Healthwise 1-800-889-9949

?arte 7. RAZA Y GRUPO ETNICO	Marque una o más de las identidades raciales:	Marque una identidad étnica:
)pcional - Usted no tiene que responder. A ningún ıiño se le podrá discriminar por raza, color, sexo, ›rigen nacional, edad o incapacidad.	( ) Asiático ( ) De raza Negra o Afro-Americano ( ) Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ( ) Hawaiano o de otra isla del Pacífico ( ) Blanco	( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano ni Latino

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.
El Acta Nacional del Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, no se puede autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta del hogar quien firma la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no es requerido si usted está aplicando a favor de un hijo de crianza, o si usted indica un número de caso valido en uno de los siguientes programas: Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) califica para comidas gratis o a precio reducido, para manejar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos compartir su información de elegibilidad con 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 el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.
El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).
El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

INCOME CONVERSION to YEARLY:	WEEKLY INCOME X 52	
EVERY 2 WEEKS X 26	TWICE A MONTH X 24	MONTHLY INCOME X 12

ELIGIBILITY DETERMINATION

Income Eligibility: Total Household Size:_____ Total Income:$_____ per: ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Monthly ☐ Twice a Month ☐ Yearly

OR Categorical Eligibility: ☐ Food Stamps ☐ TANF ☐ Migrant ☐ Homeless ☐ Runaway ☐ Foster

Eligibility Determination: ☐ Approved Free ☐ Approved Reduced price ☐ Denied

Reason for Denial: ☐ Income Too High ☐ Incomplete Application ☐ Other(Reason)_____

Signature of Determining Official:_____ Date:_____

Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Confirmation Review Official: _____

Date Verification Notice Sent:_____ Date Response Due from Households:_____ Date Second Notice Sent (or N/A): _____	Approval Based On: ☐ Food Stamp / TANF Case Number ☐ Other Categorical _____ ☐ Household Size and Income	Verification Results: ☐ No Change ☐ Free to Reduced ☐ Free to Paid ☐ Reduced to Free ☐ Reduced to Paid	Reason for Change: ☐ Income:_____ ☐ Household Size: _____ ☐ Change in Food Stamp /TANF ☐ Did not respond ☐ Other: _____	Date Notice of Change Sent:_____ Date Change Made:_____

Date Hearing Requested:_____
Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature:_____
Date:_____