

Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo, no un lápiz.

PASO 1 Liste todos los miembros de la casa que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 (si se necesitan más espacios para los nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición del miembro de la casa: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, incluso aunque no sea relacionado. Los niños en cuidado de crianza y los niños que cumplen la definición de sin casa, emigrante o abandono son elegibles para recibir comidas gratis. Lea Cómo solicitar comidas gratis y precio reducido para más información.

Nombre del Niño	MI	Apellido del Niño	Nombre de la escuela (Indicar N / A si niño no asiste a la escuela)	Grado	Estudiante ?SI/ No	Hijo Adoptiv	Sin Hogar Emigrante Fugitivo
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todo lo que corresponda

PASO 2 Participe a los miembros de la casa (incluyendo usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR?

Si no > vaya al paso 3 en caso afirmativo > Escriba un número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

Escribe un único número de caso en este

PASO 3 Informe de Ingresos para TODOS los miembros de la casa (Omita este paso si su respuesta es "Sí" al PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?
 Voltée la pagina y revise las tablas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.
 La gráfica "Fuentes de ingresos para niños" le ayudará con la sección de Ingreso Infantil.
 La gráfica "Fuentes de ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

A. Ingresos niño

A veces los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Por favor incluya los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros de los hogares que figuran en el PASO 1 aquí.

Ingreso infantil \$

¿Con qué frecuencia?			
Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los miembros adultos de la casa (incluido usted)

Enumere todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo) aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que aparece en la lista, si reciben ingresos, reporte el ingreso bruto total (antes de impuestos) de cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja campos vacíos, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Nombre de Adultos (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo Antes de Deducciones	¿Con qué frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mes		Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mes		Semanal	Quincenal	Dos veces al mes	Mes
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de Miembros del Hogar (niños y adultos) Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) de asalariado principal u otro miembro adulto del hogar

Compruebe si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y adultos firma (Envíe su formulario por correo a: New Castle County Vo Tech Nutrition Services 1417 Newport Rd Wilmington, DE 19804)

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de la calle (si está disponible)	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono durante el día y por correo electrónico (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Nombre impreso del adulto completar el formulario	Firma del adulto completar el formulario			La fecha de hoy

PASO 5 Programa de Seguro de Salud del Estado DE Niños

¡NO! Yo NO QUIERO que la información contenido en esta aplicación sea compartida con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para obtener más información acerca de DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. SI NO marque esta casilla, su información será compartida con Medicaid Y / O DECHIP.

PASO 6 Programas del Distrito Escolar de New Castle County Vo-Tech

¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir información de esta solicitud de beneficios de comidas escolares con otros programas escolares que podrían beneficiar a mi estudiante, lo que podría incluir: libros de texto gratuitos, calculadoras gratuitas, apoyo para la compra de suministros para el área de carrera, oportunidades de colocación laboral y exenciones de tarifas de prueba de carrera o colocación .

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. En respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno): Hispanico o Latino No Hispanic o Latino
 Raza (marque uno o más): Indio o de Alaska Indígena de América Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico Negro o afroamericano Asiático Blanco

Instrucciones Fuentes de Ingresos

Fuentes de ingresos para los niños	
Fuentes de ingreso infantil	Ejemplo (s)
<ul style="list-style-type: none"> Ganancias del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un salario o salario
<ul style="list-style-type: none"> Seguridad social <ul style="list-style-type: none"> Pagos por incapacidad Beneficios del sobreviviente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social Un padre es incapacitado, jubilado o fallecido y su hijo recibe beneficios del Seguro Social
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de la persona fuera del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> Un amigo o miembro de la familia extendida le da a un niño dinero para gastar
<ul style="list-style-type: none"> Ingresos de cualquier otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una anualidad o un fideicomiso

Fuentes de ingresos para los adultos		
Ganancias del trabajo	Asistencia Pública / Pensión Alimenticia	Pensiones / Jubilación / Todos los demás ingresos
<ul style="list-style-type: none"> Salario, sueldos, bonos en efectivo Ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en el ejército de los Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluyen pagos de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) Ganancias del trabajo Indemnizaciones para viviendas, alimentos y ropa fuera de la base 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios de desempleo Compensación al trabajador Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local Pagos de pensión alimenticia Pagos de manutención de hijos Beneficios para veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad Social (incluyendo retiro del ferrocarril y beneficios del pulmón negro) Pensiones privadas o beneficios por incapacidad Ingresos regulares de fideicomisos o fincas Anualidades Ingreso de inversión Intereses ganados Ingresos de alquiler Pagos en efectivo regulares del hogar externo

Google Translate solía traducir este documento. New Castle County Vo Tech no es responsable de los errores de traducción.

Uso escolar NO LLENE ESTA PARTE.

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

Total Income:	How Often?					Household Size:	Categorical Eligibility:	Determining Official's			Confirming Official's		Verifying Official's			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			Free	Reduced	Denied	Signature:	Date:	Signature:	Date:	Signature:	Date:
<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para recibir comidas gratuitas o de precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del asalariado primario u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. No se requiere el número de seguro social cuando solicita en nombre de un niño adoptivo o cuando enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) o otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o de precio reducido, y para la administración y aplicación 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, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del 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 y proporcione 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 o carta completa al USDA por:

(1) Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
 Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
 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 de igualdad de oportunidades.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.