

FOR OFFICE USE ONLY
Fr - Re - FI - Other

HARTFORD SYSTEM OF SCHOOLS: 2011 - 2012
SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Padres/Guardianes: Llene sola una aplicacion por hogar. Usted deberia anotar el nombre de todos los miembros de su hogar en la seccion 5 para poder solicitar comidas gratis o a precio reducido o leche gratis. Devuelve la aplicacion a la oficina de la escuela.

1. Informacion del estudiante: (Asegurese de anotar TODOS los ninos y completar la seccion 5.)

Table with 6 columns: Nombre y apellido, ID Escolar, Grado, Nombre de la Escuela, (bajo la custodia legal del estado), Si contesto "si", favor de anotar el ingreso personal del nino (ponga un "O" si no tiene ingreso)

- 2. Si el nino, para el que usted solicita, es un nino vagabundo, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque la casilla adecuada y llame el coordinador de vagabundos e emigrantes de su escuela al telefono: 695-8725.
3. Los ninos anotados arriba: Puede cualificar (Continue llenando la solicitud). No cualifica (Escriba sus iniciales y devuelva la solicitud).
4. Si los miembros de su familia reciben beneficios de TFA o SNAP favor de indicar el nombre y numero de caso para la persona que recibe beneficios y no tiene que llenar la seccion 5.
5. Miembro del hogar e ingreso mensual: Si usted solo recibe beneficios medicos, usted tiene que reportar sus ingresos y llenar la seccion 5. Si usted anotó su numero de SNAP o TFA, usted no tiene que llenar la seccion 5.

Table for income reporting with columns: a. Nombre y apellido, b. Ingreso bruto y con que frecuencia lo recibe, c. Marque aqui si no recibe ingresos. Includes sub-columns for Ganancias del trabajo, Asistencia social, Pensión, retiro, Seguro Social, and Otro tipo de ingreso.

PART 6 - IDENTIDAD ETNINCA Y RACIAL: (Opcional)

Etnicidad: Hispano o Latino No hispano, ni latino
Raza: Blanco De raza negra o Afro-Americano Asiático Indio Norteamericano o nativo de Alaska Hawaiano o de otra isla del pacifico

7. Firma y numero de seguro social: Yo certifico que esta informacion es verdadera y correcta y que he reportado todo los ingresos. Entiendo que la escuela recibira fondos federales basados en la informacion proveida. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha informacion; y entiendo que si deliberadamente proveo informacion falsa, mis ninos podrian perder los beneficios de comidas y yo podria ser procesado legalmente.

X Firma X Numero de seguro social O No tengo numero de seguro social

No. de telefono / Casa: No. de telefono / Trabajo: Nombre:

Calle/No. Apt. Ciudad/Estado/Codigo postal Fecha

Declaracion del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la informacion que usted nos provea. La ley nacional del almuerzo escolar, Richard b. Russell, exige la informacion en esta solicitud.
Declaracion de No-Discriminacion: Esto explica que hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, esta prohibido que esta institucion discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.

For School Use Only - Do Not Write Below This Line

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

Food Stamp/TFA Household
Income Household: Total household annual income: per Household Size:
Application approved for: Free Meals Reduced-Price Meals
Application denied because: Income over allowed amount Incomplete/missing Other
Temporary approved for: Free Meals, Expires: Reduced-Price Meals, Expires:
Date Notice Sent: Signature of Determining Official: Date:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Llene este formulario siguiendo las siguientes instrucciones si usted quiere solicitar comidas gratis o a precio reducido para sus hijos. Firme su nombre y entregue la solicitud en la oficina de la escuela. Si necesita ayuda llame a la oficina del Departamento de Comedores al **860-695-8490**.

Sección 1 - INFORMACION DEL ESTUDIANTE: Anote el nombre de todos los niños/as, el grado y la escuela. Indique si su niño/a está recibiendo SNAP: Programa de Asistencia Suplementaria Nutricional (conocido como el programa de Cupones Alimenticios) o Asistencia Temporal Familiar (TFA). Si su niño/a recibe SNAP o TFA, anote el número del cliente de cada niño/a. Un adulto miembro del hogar tiene que firmar la aplicación en la sección 7, no tiene que llenar la sección 5. **(Nota: Si usted solo recibe beneficios médicos para sus niños/as, usted debe reportar en la sección 5 todos los ingresos de su hogar.)** Si su hijo/a es un hijo de crianza, un formulario aparte debe ser llenado. Si uno o más de sus niños/as es un hijo de crianza ellos se consideran como un hogar de un solo miembro porque están bajo la custodia legal del estado y deben tener una solicitud separada.

Sección 2 - Indique si el niño por el que está llenando la solicitud es vagabundo o abandono su hogar. Usted tendrá que ponerse en contacto con el coordinador de vagabundos para notificarlos de la situación del niño.

Sección 3 - Indique si usted cree que sus niños cualifican para recibir comidas gratis o a precio reducido marcando la casilla indicada. .

Sección 4 – UN HIJOS DE CRIANZA que está bajo la custodia del estado puede recibir comidas gratis sin importar el ingreso de su hogar. Llene una solicitud diferente para cada hijo de crianza. **Llene las secciones 4 y 7. Los hogares licenciados de hijos de crianza no tienen que llenar la sección 5.**

[Nota: Adopciones subsidiadas y/o tutelas requieren que usted provea toda la información de ingresos requerida en la sección 5. Estos niños no son considerados bajo la custodia del estado y por esta razón usted tiene que proveer toda información de ingresos de su hogar.]

INGRESOS DE LOS HIJOS DE CRIANZA: Escriba el ingreso personal* de cada niño y que a menudo lo recibe (ejemplo; semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes, o mensual). Entre un “0” si el niño no tiene ingreso personal. **Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud en la sección 7.**

*El ingreso personal incluye: Fondos proveídos por la Agencia de Beneficios Sociales que han sido específicamente designados para el uso personal del niño como ropa, pagos a la escuela, y merienda. Los fondos que la Agencia de Beneficios Sociales les paga a los padres de crianza para renta y cuidado del niño y para necesidad especiales como visitas médicas y terapia no son considerados ingresos del hogar. Si la Agencia de Beneficios Sociales no puede dividir los fondos por categoría ninguna parte de los fondos se consideran ingresos. El ingreso de uso personal también incluye otros fondos que el niño reciba como ingresos de trabajo y fondos que la familia del niño provea para uso personal.

Sección 5 – TODOS LOS OTROS HOGARES: Llene la sección 5 si: No dio el número de cliente de SNAP/TFA; usted recibe solo beneficios médicos; cada niño/a no está bajo la custodia legal del estado; o si cada niño/a está en una adopción o tutela subsidiada. **Nota:** un miembro adulto del hogar **tiene** que firmar la solicitud en la sección 7.

- MIEMBROS DEL HOGAR:** Escriba el nombre de cada una de las personas que viven en su hogar ya sean parientes o no (como abuelos, tíos, amigos). Inclúyase usted, el niño por el que está llenando la solicitud y los demás niños que viven con usted. Añada otra página si es necesario. **Nota: No incluya los hijos de crianza.**
- INGRESOS BRUTO:** Escriba el ingreso mensual de cada persona que vive en su hogar. Asegúrese de anotarlo en la línea que le corresponde. Indique cuantas veces fue el ingreso fue recibido (ejemplo; mensual, 2 veces al mes, 2 veces al mes, cada dos semanas, mensual o anual. Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones. Si el ingreso más reciente es más alto o bajo que el usual anote en su lugar el ingreso usual de esa persona. **Nota:** Si usted es parte de la Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.
- NO INGRESOS:** Marque esta casilla si la persona no tiene ingresos.

Sección 6 – IDENTIDAD RACIAL/ETNICA: Marque la casilla apropiada para el grupo étnico/racial de su niño. Esta información nos ayudara a asegurarnos que todos las personas reciban los beneficios de una manera justa. Usted preguntas son accionales.

Sección 7 - Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud o no se podrá aprobar. El número del Seguro Social debe ser incluido. Si el miembro del hogar no tiene número de seguro social indíquelo en la casilla adecuada. **Nota:** No necesita número de seguro social si usted anoto el número para el cliente de los cupones de alimentos, el número de TANF o si el niño es hijo de crianza.

EJEMPLO DE LOS INGRESOS QUE SE TIENEN QUE REPORTAR

Ingresos de trabajo

Compensación Laboral
Beneficios de huelga
Desempleo
Ingreso neto por ser dueño de negocio o finca

Pensiones/Retiro/Seguro Social

Pensiones
Ingresos de retiro
Seguro Social
Pagos a veteranos
Ingreso Social Suplementario

Otros ingresos

Ingresos de un segundo trabajo
Beneficios por incapacidad
Dividendos de intereses
Retiros de la cuenta de ahorros
Rentas/inversiones
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
Manutención de hijos