

Solicitud de beneficio de comidas para comidas escolares gratuitas y de precio reducido

July 1, 2022 – June 30, 2023

Complete una solicitud por hogar. Para más información, lea las instrucciones para aplicar o llame **410-778-7174**

Paso 1 List all enrolled children (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper).

Los niños en cuidado de crianza y los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrante, fugitivo, Head Start, Early Head Start o Even Start son elegibles para recibir comidas gratis. Si todos los niños inscritos cumplen con la definición de sin hogar, migrante, fugitivo, Head Start, Early Head Start o Even Start, complete el Paso 1 y luego salte al Paso 4.

Nombres y Apellidos de Todos los niños INSCRITOS	Marque (✓) todo lo que corresponda:						OPCIONAL	
	Niño adoptivo	Vagabundo	Inmigrante	Huir	Head Start Early Head Start	Even Start	Nombre de la escuela	Grado

Paso 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participar actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal en Efectivo (TCA)?
Un círculo: Sí No

Si respondió **NO**, complete el Paso 3. Si respondió **SÍ**, proporcione un número de caso y luego vaya al Paso 4

Número de caso:

Paso 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió Sí al Paso 2)

Enumere todos los miembros del hogar (incluido usted mismo), incluso aquellos que no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar que recibe ingresos, informe el ingreso total y la frecuencia de cada fuente en dólares enteros únicamente. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Frecuencia = Semanal, Quincenal, Dos Veces al Mes, Mensual, Anual.

Nombre y apellido de TODOS los miembros del hogar	Ganancias del Trabajo		Manutención de niños, pensión alimenticia, asistencia pública		Pensiones, Jubilaciones, Otros Ingresos	
	Ingreso	¿Con qué frecuencia?	Ingreso	¿Con qué frecuencia?	Ingreso	¿Con qué frecuencia?

Total de miembros del hogar (niños y adultos): Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar: Marque si no hay SSN:

Paso 4 Información de contacto y firma del adulto Envíe por correo el formulario completo a: **KCPS, Food Service Dept., 5608 Boundary Ave., Rock Hall, MD 21661**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede compartirse según lo permita la ley.

Nombre impreso:		Firma:	
Dirección:			
Fecha:		Teléfono #	

Paso 5 OPCIONAL: Identidades raciales y étnicas de los niños

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

Etnicidad (marque uno): Hispánico or Latino Not Hispánico or Latino

Raza (Marque uno o más): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

Paso 6 Compartir información con otros programas

El estado de elegibilidad de sus hijos puede usarse para otros fines autorizados, compartirse con los funcionarios locales de Título I y usarse para los análisis de la Evaluación Nacional del Progreso Educativo. Su familia también puede ser elegible para recibir beneficios bajo SNAP o el Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC). Su decisión no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis o a precio reducido. Si desea que se comparta información con SNAP o WIC, marque (✓) Sí o NO a continuación. Es posible que lo contactemos para enviar una solicitud para SNAP o WIC.

_____ Sí _____ NO

Los niños elegibles para comidas escolares gratuitas o de precio reducido también pueden obtener un seguro médico gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños de MD (MCHIP). La ley nos permite informar a Medicaid y MCHIP que sus hijos son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido, a menos que usted diga NO. Su decisión no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis o a precio reducido. Si **NO** desea que se comparta información con Medicaid o MCHIP, marque (✓) NO.

_____ NO

NO LLENE ESTA SECCIÓN. SOLO PARA USO ESCOLAR

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

Total Income (Children and Adults): \$ _____ Weekly Every 2 Weeks Twice a Month Monthly Yearly

Eligibility: Free Categorically Eligible Reduced Paid

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____