

# INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE BENEFICIO DE COMIDAS PARA COMIDAS ESCOLARES

Complete el formulario siguiendo las instrucciones a continuación. Firme el formulario y devuélvalo a la escuela. Si necesita ayuda, llame **410-778-7174**

## PASO 1 - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - TODOS LOS HOGARES COMPLETOS

Indique el nombre y apellido de los niños matriculados y la escuela. Indique si es un niño de crianza, sin hogar, migrante, fugitivo o en Head Start, Early Head Start o Even Start marcando la casilla. Si **TODOS** los estudiantes enumerados son de crianza temporal, sin hogar, migrantes, fugitivos o en Head Start, Early Head Start o Even Start, salte al Paso 4.

## PASO 2 – NÚMERO DE CASO

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal en Efectivo (TCA), escriba el número de caso en el espacio provisto y vaya al Paso 4.

## PASO 3: NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO BRUTO

- Indique el nombre y apellido de todos los miembros de su hogar, ya sea que reciban ingresos o no. Su hogar incluye a todos aquellos que viven como una unidad económica. Incluya a usted mismo, a todos los niños que viven con usted, incluidos los niños de crianza y cualquier otra persona que viva en su hogar, sea pariente o no. Enumere cada tipo de ingreso recibido el mes pasado y con qué frecuencia lo recibe. Debe indicar cuánto en dólares enteros y con qué frecuencia se recibe (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual, anual). **Si un miembro del hogar no tiene ingresos, escriba '0' en el cuadro de ingresos.**
- Reporte **todos los ingresos como ingresos brutos**. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esto no es lo mismo que el pago neto. Los ingresos brutos incluyen beneficios de desempleo, Compensación para trabajadores, Seguridad de Ingreso Suplementario y Beneficios de Veteranos, Seguro Social, pensiones privadas o discapacidad, beneficios de huelga, ingresos de fideicomisos o sucesiones, anualidades, ingresos por inversiones, intereses devengados, ingresos por alquileres y pagos regulares en efectivo de fuera del hogar. Para negocios propios, granjas o ingresos de alquiler, informe los ingresos como ingresos netos.
- Si está en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. No incluya la paga por combate.
- Indique el número total de miembros del hogar en el espacio proporcionado.
- El formulario debe tener los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del principal asalariado o del adulto que firma, a menos que el adulto no tenga un Número de Seguro Social. Si el adulto no tiene un Número de Seguro Social, marque la casilla. Los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social no son necesarios si enumeró un número de caso SNAP o TCA, o si solo está solicitando niños de crianza.

## PASO 4 - FIRMA - TODOS LOS HOGARES COMPLETOS

All forms must have the signature of an adult household member. Mail completed form to:

**KCPS, Food Service Dept., 5608 Boundary Ave., Rock Hall, MD 21661**

## PASO 5 – IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA

You are not required to answer this question to get meal benefits. This information will help ensure that everyone is treated fairly.

## PASO 6: COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Marque las casillas para indicar su preferencia por compartir o no compartir la información de la aplicación con los programas indicados. Su decisión no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis oa precio reducido.

### Pautas de elegibilidad de ingresos federales

Household Size	Year	Month	Week
1	\$25,142	\$2,096	\$ 484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$ 8,732	\$728	\$ 168

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas oa precio reducido. 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 son necesarios cuando solo está solicitando niños de crianza, o si incluye un número de caso del Programa de Suplementos Alimenticios o de Asistencia Temporal en Efectivo, 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 oa precio reducido, y para la administración y cumplimiento 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.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA antes de:

- correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or
- fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- email:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.