**Wilson Creek School District 167-202**

**Complete, firme y envíe esta solicitud a:** PO Box 46, Wilson Creek, WA 98860

**Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:**

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza temporal, sin hogar, o migrante, indíquelo con una “x” en el casillero correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “x” el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Sin hogar | Migrante | Niño de crianza | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semenal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |

1. **Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.**

Basic Food  TANF  FDPIR Numero de caso:

1. **Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Ingrese el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar**  (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados mas arriba) | Niño de crianza | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Semenal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Asistencia pública/ Manutención de menores/Pensión alimentaria | Semenal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Pensiones/ Jubilaciones/ Seguridad Social (SSI) | Semenal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Semenal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |
|  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |

1. **Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):**       **Ultimos cuatro dígitos del Numero de seguro social (SSN)**  Marcar si no tiene SSN:   
   **(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado)** **del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar**
2. **Información de contacto y firma** – Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

| **Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar** | **Dirección postal** | | **Dirección de correo electrónico** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma del miembro adulto del grupo familiar** | **Ciudad, Estado, & Codigo postal** | **Teléfono durante el día** | **Fecha** |

1. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)**

Marque una o más identidades raciales:  Indio americano o Nativo de Alaska  Asiático Marque una identidad:

Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái o isleño del pacifico  Hispano o Latino

Blanco  No Hispano o Latino

1. **Otros beneficios – Marque el casillero delante de los programas con los que desea compartir la categoría de comida gratuita o a precio reducido de su hijo para obtener una reducción del precio:**

|  |
| --- |
| Mi firma a continuación, autoriza que la información presente en esta solicitud sea compartida con el programa o los programas que he indicado previamente.    Firma de padre o tutor Fecha |

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o defi encias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible 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 con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

| **PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies). | | | | | | |
| **LEA APPROVAL**:  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster  Income Household | Total Household Size  Total Household Income $ | Weekly | Every 2 Weeks | 2x per Month | Monthly | Annual |
|  |  |  |  |  |
| **APPLICATION APPROVED FOR:**  Free Meals  Reduced-Price Meals | **APPLICATION DENIED BECAUSE:**  Income Over Allowed Amount  Other:  Incomplete/Missing Information | | | | | |

Date Notice Sent Signature of Approving Official Date