

Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido
Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

Volver a:
o Aplicar en línea:

Servicios de nutrición de Lampasas ISD
207 E. Ave A Lampasas, TX 76550
lisdtx.org

PASO 1 Enumere TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive.

Si se necesitan más espacios, utilice la sección Nombres adicionales en la parte posterior.

Definición de miembro del hogar:
"Cualquiera que viva con vosotros y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados".

Niños en hogares de guarda, director Start, y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para recibir gratis comidas. Lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño

MI Apellido del niño

¿Alumno?

Sí

No

Calificación

Cabeza

Alentar

Sin hogar,

Comenzar

Niño

Inmigrante,

Huir

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR?

Si no

Ir al PASO 3

En caso afirmativo

Escriba aquí el número del Grupo de determinación de elegibilidad (EDG, n/a para FDPIR) , luego vaya al PASO 4 (no complete el PASO 3).

Número EDG

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

A. Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) de un miembro adulto del hogar B. Ingresos de los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)

XXX- XX-

Marque si no tiene SSN

Enumere todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) únicamente. Informe la frecuencia por tipo de ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometendo) que no hay ingresos que declarar. Si se necesitan más espacios, utilice la sección Nombres adicionales en la parte posterior.

Nombre de los miembros adultos del hogar
(Primer último)

Ganancias laborales

Frecuencia

NOSOTROS

TMA

Asistencia pública/
Manutención infantil/pensión alimenticia

Frecuencia

NOSOTROS

TMA

Pensiones/Jubilación/
Seguro Social/SSI/
Beneficios de VA/todos los demás

Frecuencia

NOSOTROS

TMA

C. Ingresos de los niños en el hogar

A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Por favor incluya el TOTAL ingresos recibidos por todos los niños miembros del hogar enumerados en el PASO 1 aquí. Si corresponde, incluya los ingresos de niños adicionales enumerados al dorso. Clave de conversión de frecuencia de ingresos proporcionada en la parte posterior.

Ingreso total del niño

NOSOTROS

TMA

D. Total de miembros del hogar
(Niños y Adultos)

ETAPA 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran 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 doy información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder los beneficios de alimentación y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección (si está disponible)

Apto #

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono y correo electrónico diurnos (opcional)

NOMBRES ADICIONALES

Enumere cualquier niño miembro adicional del hogar que no esté incluido en el PASO 1.

El primer nombre del niño	MI	Apellido del niño	¿Alumno?	Calificación	Cabeza Comenzar Alentar Niño Sin hogar, Inmigrante, Huir
			Sí No		

Enumere cualquier miembro adulto adicional del hogar que no esté incluido en el PASO 3. Informe la frecuencia por tipo de ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anualmente

Nombre de los miembros adultos del hogar (Primero último)	Ganancias laborales	Frecuencia	Asistencia pública/ Manutención infantil/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Seguro Social/SSI/ Beneficios de VA/todos los demás	Frecuencia
		NOSOTROS TMA		NOSOTROS TMA		NOSOTROS TMA
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

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 o a 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 presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o un Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIPIR) número de caso u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando indique 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 a 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 los beneficios de 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 regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los 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 represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el 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 un formulario AD-3027, 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/ad-3027 .pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf) desde 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 del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por: (1) correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

NO COMPLETAR. Esta sección es sólo para uso escolar.

Conversión de ingresos anuales: semanal x 52, cada dos semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12. No anualice los ingresos para determinar la elegibilidad a menos que se indique más de una frecuencia de ingresos.

Tamaño del hogar	Ingresos totales	Frecuencia
		NOSOTROS TMA
Determinación categórica		Gratis Reducido Denegado
	Elegibilidad	

Fecha de recepción	Fecha de retiro
Revisar/determinar la firma del funcionario	Fecha
Confirmación de la firma del funcionario	Fecha