



**OPCIONAL****Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque uno):**

Hispano o Latino     No Hispano o Latino

**Raza (Marque uno o más):**

Indio Americano o Nativo de Alaska     Blanco  
 Negro o Americano Africano     Asiático  
 Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur

**Las solicitudes incompletas se NEGADOS****Usted recibirá una carta cuando se está aprobada o rechazada; Hasta ese momento, usted es responsable de todos los cargos.**

- Lista de TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 (si se requieren más espacios para los nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).
  - En su caso, la lista actual de un sello de alimentos, FDPIR, o número de caso de TAFI para cualquier miembro de la familia (no se permite que un número de tarjeta de EBT o de Quest).
  - 3 A) Informe de todos los ingresos obtenidos por todos los niños. El ingreso del niño es el dinero recibido de parte de su hogar que se paga directamente a sus hijos; Esto incluye pero no se limita a los ingresos del trabajo y la seguridad social (pagos por incapacidad o de supervivencia).
  - 3 B) Por favor, incluya todos los miembros de su familia que viven con usted y los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios. No incluya los niños y los estudiantes ya inscritos en el Paso 1.
- Ingresos: Reporte todas las cantidades en los ingresos brutos (antes de impuestos y primas) solamente. Reportar todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos. Marca de la frecuencia con cada tipo de ingreso se recibe mediante las casillas de verificación a la derecha de cada campo. Si usted trabaja por cuenta propia, informe de ingresos a partir de ese trabajo como una cantidad neta. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa a partir de sus ingresos brutos o ingresos.
- Reportar el tamaño total del hogar. Introduce el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños y adultos)". Este número debe ser igual al número de miembros del hogar que figuran en el paso 1 y el paso 3. Es muy importante hacer una lista de todos los miembros del hogar, según el tamaño de su hogar determina el valor límite de ingresos para comidas gratis oa precio reducido.
- Proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguridad social. principal proveedor de ingresos de la unidad familiar o de otro miembro adulto de la familia deben introducir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en el espacio proporcionado. Si no hay miembros adultos del hogar tienen un número de seguridad social, deje este espacio en blanco y marcar la casilla de la derecha con el texto "Comprobar si hay SS #."
4. Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto de la familia. Al firmar la solicitud de que los miembros del hogar es prometedor que toda la información se ha informado veraz y completa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Los Programas de Nutrición Para Niños (USDA) reconocen los siguientes clases protegidas: raza, color, origen nacional, sexo, edad y discapacidad.

**Official Use Only – Do Not Write in Boxes Below**

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Household Determination:</b><br><input type="checkbox"/> Foster Student(s): _____<br><input type="checkbox"/> Food Stamp/TAFI/FDPIR<br><input type="checkbox"/> Income: Total Income \$ _____ Frequency _____ # in Household _____ |                                                                                                                                                       | <b>Convert to Annual if Multiple Frequencies:</b><br>Weekly x52, Every 2 Weeks x26,<br>Twice Monthly x24, Monthly x12 |
| <b>Approved:</b><br><input type="checkbox"/> Free Meals<br><input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals<br>Withdrawal Date: _____                                                                                                     | <b>Denied:</b><br><input type="checkbox"/> Income over Allowed<br><input type="checkbox"/> Incomplete/Missing<br><input type="checkbox"/> Other _____ | <b>Date Notice Sent:</b>                                                                                              |
| <b>Signature of Determining Official:</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                       | <b>Date Determined:</b>                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Signature of Confirming Official:</b>                                                                                                                                                       |                                               |
| <b>Date 1<sup>st</sup> Notification Sent:</b>                                                                                                                                                  | <b>Date 2<sup>nd</sup> Notification Sent:</b> |
| <b>Results:</b><br><input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Reduced to Free<br><input type="checkbox"/> Ineligible – Reason: _____ |                                               |
| <b>Signature of Verifying Official:</b>                                                                                                                                                        | <b>Date:</b>                                  |