

INSTRUCCIONES PARA APLICAR

Favor de utilizar estas instrucciones para llenar la solicitud para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido. Solamente necesita completar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en Heber-Overgaard USD#6. La aplicación debe estar llena completamente para solicitar comida gratuita o de precio reducido para sus hijos.

Cada paso de las instrucciones corresponde a los pasos en la solicitud. Si en algún momento usted no está seguro cómo responder, favor de contactar Connie Johnson, 928-535-4622 ext 3033, Connie.johnson@h-oschools.org , 3375 Buckskin Canyon Road, Heber, AZ 85928.

Favor de usar pluma (no lápiz) al llenar la solicitud y escriba en letra clara y de molde.

PASO 1- NOMBRES DE TODOS NINOS EN EL HOGAR

Enumere a todos los miembros de la casa que sean bebés, niños, y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12. Esto debe de incluir todos los niños que viven en su hogar. Estas personas no tienen que ser parientes para ser parte de su hogar.

Enumere el primer nombre, inicial del medio nombre, y el apellido de cada niño. Ponga solo un nombre por línea, y ponga una sola letra en cada cuadro. No continúe si no hay más cuadros. Si no le alcanzan las líneas del formulario, agregue una hoja con toda la información requerida para los niños adicionales.

Si los niños asisten a la escuela, por favor enumere el nombre de la escuela.

Si usted cree que los niños son de adopción temporal (Foster), sin hogar, migrante, o fugado, favor de marcar el cuadro al lado del nombre del niño donde dice niño foster, sin hogar, migrante, o fugado.

Ya que haiga enumerado a todos los niños, **vaya al PASO 2.**

PASO 2- PARTICIPACIÓN EN SNAP, TANF, O FDPIR

Participa algún miembro de su hogar (incluyendo a los adultos) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, O FDPIR?

En la barra gris, circule sí o no.

Si respondió Si- Enumere el número de caso en el cuadro titulado Numero de Caso y vaya directamente al **PASO 4.**

Si respondió No- Deje esta sección en blanco y vaya al **PASO 3.**

- Tenga en cuenta que el número de tarjeta de transferencia electrónica de beneficios QUEST de 16 dígitos que comienza en '5077' no es un numero de caso apropiado.

PASO 3- INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS DEL HOGAR

- A. Ingresos de los niños-**Declare todos los ingresos obtenidos por los niños en su hogar. Vea la guía titulada "Guía de Ingresos Para Niños" y declare el ingreso **total**

bruto en el cuadro marcado “Ingresos BRUTO del Niño” para todos los niños que enumero en PASO 1.

Ingreso de los niños se refiere al dinero recibido fuera de su hogar que se les paga directamente a sus hijos. Muchos hogares no tienen ningún ingreso de niños. Utilice la guía en esta página para determinar si tiene ingresos de niños que tiene que declarar. Si los niños no reciben ingresos, indique “0” o deje los cuadros vacíos. Si usted deja esta parte vacía, significara que no tiene ingresos para declarar para ningún niño en el hogar.

Solo cuente los ingresos de los niños adoptados temporal (Foster) si está aplicando para ellos junto con el resto de su hogar. Es opcional que incluya a los niños Foster como miembros del hogar si viven con usted.

Guía de Ingresos Para Niños	
Tipo de ingreso	Ejemplos
Ingresos del empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.
Seguro Social: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos de discapacidad • Beneficios de sobrevivientes 	<p>Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.</p> <p>Un padre es discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguro social.</p>
Ingresos de personas <i>fuera</i> del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que <i>regularmente</i> le da dinero para gastar a un niño.
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad, o fideicomiso.

B. Miembros Adultos del Hogar e Ingresos- Escriba el nombre de cada miembro adulto del hogar en los cuadros titulados “Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar” **No incluya a los miembros del hogar que puso en PASO 1.** Enumere un nombre por línea, y escribe el nombre y apellido en cada caja. Si necesita líneas adicionales, agregue una hoja con toda la información requerida para los miembros adicionales del hogar.

Declare el **ingreso bruto** (cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada adulto en la misma línea en la que aparece el nombre. Luego, rellene el circulo para indicar si las ganancias son semanales, quincenales, (cada dos semanas), 2x mes (2 pagos al mes), o mensual (1x mes). La guía a continuación da ejemplos de los diferentes tipos de ingresos para los adultos. Si alguien no recibe ingresos, escriba “0” o deje esos cuadros vacíos.

Tipos de Ingresos Para Adultos		
Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/ Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro/Otros Ingresos

<ul style="list-style-type: none"> • Sueldos, Salarios, bonos en efectivo • El ingreso neto del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) <p>Si usted está en el Militar EE.UU.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>) • Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de desempleo • Compensación del trabajador • Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) • Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local • Pagos de pensión matrimonial • Pagos de manutención de menores • Beneficios de veteranos • Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) • Pensiones privadas o de discapacidad • Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones • Anualidades • Ingresos de inversión • Interés ganado • Ingresos de alquiler • Pagos en efectivo regulares fuera del hogar
--	--	---

La parte posterior de esta aplicación ofrece las mismas guías de ingresos.

C. Número total de miembros del hogar y número de seguro social.

Declare el número total de personas en su hogar (todos los adultos y niños) en el primer cuadro.

Declare los últimos 4 números del Número de Seguro Social (SSN) del proveedor principal de ingresos u otro adulto en el hogar. Usted tiene derecho a solicitar beneficios, incluso si no tenga un Número de Seguro Social. Simplemente deje el espacio vacío y seleccione el cuadro “Indique si no hay SSN”

PASO 4- INFORMACION DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto del hogar. Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar certifica (jura) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera.

Favor de firmar, poner la fecha de hoy, e imprimir su nombre.

Provea su información de contacto, incluyendo su dirección actual so esa información está disponible. Si no tiene una dirección permanente, no significa que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido. Proveyendo un un número de teléfono, correo electrónico, o las dos cosas es opcional, pero nos ayuda a contactarlo rápidamente si necesitamos hacerlo.

INFORMACION OPCIONAL

La parte posterior de esta aplicación ofrece una sección para compartir información acerca de la raza de sus hijos y el origen étnico. Este espacio es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comida gratis o a precios reducido.

Esta sección también incluye información importante acerca de la privacidad y los derechos civiles. Favor de leer estas declaraciones antes de entregar la solicitud.

Una vez que se completa el formulario, debe enviarse por correo, o entregarse a HOUSD, P.O. Box 547, Heber, AZ 85928.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar 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 reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or

(2) fax:

(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

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

Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2023-2024

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

PASO 1

Liste a **TODOS** los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."
Niños adoptivos temporales (Foster) y niños que cumplen con la definición de **Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre Del Niño	IM	Apellido Del Niño

Con que frecuencia?		
Semana	Quincena	2x mes

Con que frecuencia?		
Semana	Quincena	2x mes

Con que frecuencia?		
Semana	Quincena	2x mes

Migrante, Sin hogar, Fugitivo

Niño Foster

Marque todas las que aplican

PASO 2

Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con círculo: Si / No

Si contesto **NO** > Complete PASO 3.

Si contesto **SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete PASO 3)

Numero de Caso: _____

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Declare los ingresos de **TODOS** los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?
 Vottee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.
 La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudará con la sección de Ingresos del Niño.
 La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudará con la sección para Miembros Adultos del Hogar

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño

Con que frecuencia?		
Semana	Quincena	2x mes

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar	BRUTOS Ingresos Del empleo			Asistencia Pública/ Mantenimiento de Menores o Pensión Matrimonial			Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos		
	Semana	Quincena	2x mes	Semana	Quincena	2x mes	Semana	Quincena	2x mes

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar

X X X X X X X X

Indique si no hay SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de adulto Envíe Forma Completa a: Heber-Overgaard USD PO Box 547, Heber, AZ 85928

"Yo certifico (juro) que toda la información es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Firma del adulto que lleno el formulario _____ Fecha de hoy _____

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde): _____ Teléfono y Correo Electrónico (opcional) _____

Calle y número de casa (si está disponible) _____ No. de Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Eligibility: Free Reduced Denied SOLAMENTE USO DE OFICINA

Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Error Prone

Case # Application Foster Application Directly Certified: Date of Disregard: _____

Income Application Homeless/Migrante/Runaway

Household Size: _____ Per: Week Bi-Weekly (Every 2 Weeks) 2x Month Monthly Annual

Selected For Verification: Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

INSTRUCCIONES Guías de Ingresos

Guía de Ingresos Para Niños	
Tipo de ingreso	Ejemplos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.
Seguro Social: -Pagos de discapacidad	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.
-Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.
Ingresos de personas fuera del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que regularmente le da dinero para gastar a un niño.
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.

Guía de Ingresos Para Adultos		
Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro/Otros Ingresos
- Sueldos, salarios, bonos en efectivo - El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (no incluye el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados) -Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Beneficios de desempleo - Compensación del trabajador - Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local - Pagos de pensión matrimonial - Pagos de manutención - Beneficios de veteranos - Beneficios de huelga	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro) - Pensiones privadas o de discapacidad -Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Interés ganado - Ingresos de alquiler - Pagos en efectivo regulares fuera del hogar

OPCIONAL

Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectará 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 Asiático Negro o Africano Americano Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacífico Sur Blanco

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPPIR) u otro identificador FDPPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retención por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande,

cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar 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 reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o'

fax: (833) 256-1665 o' (202) 690-7442; o'

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR

INFORMACION CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Tutor:

La información que proporcionó en su Solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido puede compartirse con otros programas para los que sus hijos pueden calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiara el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido.

No! **NO DESEO** que la información de mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con **Extra Curricular and Instrument Rental for Site**

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con **Federal or State Grant Funding Programs**

SI! **SI DESEO** que los funcionarios escolares compartan la información en mi solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido con **Any Federal or State Reimbursement Programs**

Si marco si en cualquiera o todos los cuadros anteriores, llene el formulario a continuación. Su información será compartida solamente con los programas que usted marco.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma Del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Dirección: _____

Para más información, puede marcar a **Connie Johnson** al **(928)535-4622 ext 3033** o mandar un correo electrónico a **Connie.johnson@h-oschools.org**.

Envía este formulario a: **3375 Buckskin Canyon Road, Heber, AZ 85928**

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.