

Fecha de retiro \_\_\_\_\_

F \_\_\_\_ R \_\_\_\_ D \_\_\_\_

**2024-2025 Solicitud de comidas escolares gratuitas y a precio reducido / leche**

Para solicitar comidas gratuitas y a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones en el reverso, complete **sólo un** formulario para su hogar, firme su nombre y **devuélvalo a la dirección que se indica a continuación**. Llame al **914-273-4198 x5930**, si necesita ayuda. Los nombres adicionales pueden aparecer en un documento separado.

**Devuelva las solicitudes completas a: **Byram Hills CSD, 10 Tripp Lane, Armonk, NY 10504****

1. Haga una lista de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

| Nombre del/la estudiante | Escuela | Grado/Maestro(a) | Hijo de crianza (foster): | Migrante sin vivienda, fugitivo |
|--------------------------|---------|------------------|---------------------------|---------------------------------|
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |
|                          |         |                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        |

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, enumere su nombre y el número de CASO aquí. **Vaya a la Parte 4 y firme la solicitud.**

Nombre: \_\_\_\_\_ CASO N°: \_\_\_\_\_

3. Reporte todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si completó el paso 2)

**Todos los miembros del hogar (incluidos usted y todos los niños que tienen ingresos).**

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el Paso 1 (incluido usted), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso total para cada fuente solo en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ninguna otra fuente, escriba 0. Si ingresa 0 o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que informar.

| Nombre del miembro del hogar | Ingresos del trabajo antes de las deducciones<br><i>Monto / Con qué frecuencia</i> | Manutención infantil/pensión conyugal<br><i>Monto / Con qué frecuencia</i> | Pensiones, Jubilación Pagos<br><i>Monto / Con qué frecuencia</i> | Otros ingresos, Seguro Social<br><i>Monto / Con qué frecuencia</i> | Sin ingresos             |
|------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|
|                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | <input type="checkbox"/> |
|                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | <input type="checkbox"/> |
|                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | <input type="checkbox"/> |
|                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | <input type="checkbox"/> |
|                              | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | \$ _____ / _____   | <input type="checkbox"/> |

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

\*Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: XXX-XX- \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No tengo un número de Seguro Social (SS por sus siglas en inglés)

\*Al llenar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SS#) o marcar la casilla "No tengo un SS#" antes de que la solicitud pueda ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información se está dando para que la escuela reciba fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si doy información falsa a propósito, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

5. El origen étnico y la raza son opcionales; Responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnicidad:  hispano o latino  No hispano ni latino

Raza (Marque una o más):  Pueblos originarios de EE.UU o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico  Blanco

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA, SOLO PARA USO DE LA ESCUELA**

**Conversión de ingresos anuales (solo se convierte cuando se informan múltiples frecuencias de ingresos en la solicitud)**  
**Semanal X 52; Cada dos semanas (quincenal) x 26; dos veces al mes x 24; Mensual X 12**

SNAP/TANF/de crianza (Foster)  
 Ingresos del hogar: Ingreso total del hogar/Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar:

Comidas gratis  Comidas a precio reducido  Denegado/Pagado

Firma de la fecha de revisión Oficial \_\_\_\_\_ Fecha de envío del aviso: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala a **Mary Jones, 10 Tripp Lane, Armonk, NY 10504**. Si tiene un niño de crianza en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud separada. Llame a la escuela si necesita ayuda: **914-273-4198 x5930**. Asegúrese de que se proporciona toda la información. De lo contrario, puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo/a o un retraso innecesario en la aprobación de su solicitud.

### PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Imprima los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza (foster), para quienes está solicitando en una solicitud.
- (2) Haga una lista de su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño de crianza que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de sin hogar, migrante, fugitivo (El personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

---

### PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Incluya un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indias) de cualquier persona que viva en su hogar. El número de caso figura en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. OMITIR LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si incluye un número de caso de SNAP, un número de TANF o FDPIR.

---

### PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODAS LAS DE LA PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, los niños por los que ustedes están haciendo la solicitud, otros niños, su cónyuge, abuelos y otros familiares y no familiares **en su hogar**. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de que se retiren los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde provienen, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanal, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado de niños provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por esos cuidados al niño, o reembolso de los gastos contraídos por dicha atención suministrados por el Fondo de desarrollo de cuidado infantil (Block Grant), TANF y los Programas de Guardería para Niños en Riesgo **no** deben ser considerados como ingreso en este programa.
- (3) Entre el número total de miembros del hogar en el cuadro correspondiente. Este número debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar los miembros enumerados en la PARTE 1 y la PARTE 3.
- (4) La solicitud debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma la **parte 4** si ha llenado la parte 3. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla. **Si puso un número de SNAP, TANF o FDPIR, no necesita poner número de seguro social.**
- (5) **Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.**

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo/a puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo/a es elegible, los funcionarios del programa necesitan información de su solicitud de comida gratuita o a precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito antes de que se pueda divulgar cualquier información. Consulte la Carta de Divulgación y la Declaración de Consentimiento para padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

### USO DE LA DECLARACIÓN INFORMATIVA

Declaración de uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo/a para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza (foster) o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo/a o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para 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.

### DENUNCIAS POR DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y las regulaciones de derechos civiles y políticas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por una actividad previa en materia de derechos civiles.

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

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe tener el nombre, el domicilio, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario o Subsecretaria de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe presentarse 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; o
2. **fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es proveedora de igualdad de oportunidades.

## HOJA INFORMATIVA SOBRE LA SOLICITUD DE COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Al llenar el formulario de solicitud, por favor prestar mucha atención a estos consejos útiles.

**Número SNAP/TANF/FDPIR del caso:** Este debe ser el número de caso entero y válido que le haya suministrado la agencia incluyendo todos los números y letras, por ejemplo, E123456 o cualquier combinación utilizada en su condado. Remítase a una carta recibida de su Departamento de Servicios Sociales local con su número de caso o póngase en contacto con ellos para obtener su número.

**Hijo de crianza (foster):** Un niño o niña que vive con una familia pero cuyo cuidado legal lo ejerce la agencia de beneficencia o la corte puede figurar en la solicitud de su familia. Enumere los ingresos de "uso personal" del niño. Esto incluye solamente esos fondos otorgados por la agencia que están identificados para el uso personal del niño, tales como asignaciones de gastos personales, dinero recibido por su familia, o de un trabajo. Los fondos para vivienda, alimentos y cuidados, necesidades médicas y terapéuticas no se consideran ingresos para el niño acogido. Escriba 0 si el niño no tiene ingresos de uso personal.

**Hogar:** Un grupo de personas, familiares o no, que viven en una casa y comparten ingresos y gastos.

**Miembros adultos de la familia:** Todas las personas, familiares o no, de 21 años de edad o mayores que viven en su casa.

**Económicamente independiente:** Una persona es económicamente independiente y constituye una unidad/hogar autónomo cuando no comparte sus ingresos y gastos con la familia/hogar. Las unidades económicas separadas en la misma residencia se caracterizan por prorratear los gastos y por la independencia económica entre sí.

**Ingresos brutos actuales:** Es el dinero que gana o recibe actualmente cada miembro de su hogar previo a las retenciones. Ejemplos de retenciones son el impuesto federal, impuesto estatal y retenciones de Seguridad Social. Si tiene más de un empleo, debe incluir los ingresos de todos ellos. Si usted recibe ingresos de más de una fuente (salario, pensión conyugal, manutención infantil), debe brindar documentación sobre todas las fuentes. Sólo los agricultores, trabajadores autónomos, trabajadores migrantes y otros empleados estacionales pueden utilizar sus ingresos en los últimos 12 meses, como aparecen en sus formularios de impuestos 1040.

### Ejemplos de ingresos brutos son:

- Salarios, sueldos, propinas, comisiones o ingresos de trabajo por cuenta propia
- Ingreso neto agrícola – solamente ventas menos gastos – no pérdidas
- Pensiones, rentas vitalicias y otros ingresos de jubilación que incluyen beneficios de jubilación de la Seguridad Social
- Compensación por desempleo
- Los pagos del bienestar social (no incluye valor de SNAP)
- Pagos de asistencia pública
- Asistencia por adopción
- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o beneficios de Seguridad Social al sobreviviente
- Pagos de pensión conyugal o manutención infantil
- Beneficios por discapacidad, que incluye compensación al trabajador
- Beneficios de subsistencia de los veteranos de guerra
- Ingresos por intereses o dividendos
- Efectivo retirado de la caja de ahorro, inversiones, fideicomisos y otros recursos que estarían disponibles para pagar por las comidas de los niños
- Otros ingresos en efectivo

**Exclusiones de los ingresos:** El valor de cualquier cuidado de niños provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por esos cuidados al niño, o reembolso de los gastos contraídos por dicha atención suministrados por el Fondo de desarrollo de cuidado infantil (Block Grant) no debe ser considerado como ingreso en este programa.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, póngase en contacto con:

**Nombre:** Mary R Jones **Título:** Número de teléfono de la oficina comercial: 914-273-4198 x5930