

Calallen Independent School District

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. Calallen ISD ofrece alimentación sana todos los días escolares. El desayuno cuesta **nada (gratis)**; y el almuerzo cuesta \$ 3.00 para PK-5th y \$ 3.25 para 6th-12th. Sus niños podrían calificar para recibir comidas gratuitas o de precio reducido. El precio reducido es gratis para el desayuno y .40 ¢ para el almuerzo. Si usted ha recibido una carta de notificación (de certificación directa) que indica que un niño califica para recibir comida gratuita, no llene una solicitud. Reporte a la escuela si hay niños en el hogar asistiendo a la escuela, pero que no se incluyeron en esta carta de certificación.

Las siguientes preguntas y respuestas, y las instrucciones adjuntas, proporcionan información adicional para como completar la solicitud. Complete sola una solicitud para todos los estudiantes en el hogar y entregue la solicitud completa a Leticia H Garcia, 4201 Calallen Drive, Corpus Christi, TX 78410, 361-242-5906. Si tiene preguntas sobre como solicitar comida gratuita o de precio reducido, póngase en contacto con el departamento de alimentos a 361-242-5906, lgarcia@calallen.org.

1. ¿Quién puede recibir comida gratuita?
 - **Ingresos**— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar se encuentra debajo de los límites de las *Guías Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
 - **Participantes de programas especiales** — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
 - **Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)**— Los niños adoptivos temporales (foster children) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
 - **Head Start o Early Head Start**— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
 - **Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante**— Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a Sonya Durrwachter, 361-242-5600 ext. 1017; sdurrwachter@calallen.org.
 - **Beneficiarios del Programa WIC**— Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.
2. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con los funcionarios escolares. También, puede apelar la decisión llamando o escribiendo al Emily Lorenz, 4201 Wildcat Drive, Corpus Christ, TX 78410; 361-242-5600 ext. 1001.
3. La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe entregar una solicitud nueva a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
4. Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Un niño con un padre, madre o guardián que pierde su trabajo puede calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso del hogar cae debajo del límite del ingreso establecido.
5. ¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre? Reporte la cantidad que recibe normalmente. Si un miembro del hogar perdió un trabajo o le han reducido sus horas o su sueldo, use el ingreso actual.
6. Estamos en las fuerzas armadas. ¿Tenemos que declarar nuestro ingreso diferente? Su sueldo básico y los bonos en efectivo tienen que ser reportados como ingresos. Si recibe unos subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), tiene que incluirlos como ingresos. Si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar (Military Housing Privatization Initiative), no incluya este subsidio de vivienda como ingreso. Además, no cuente cualquier pago de combate adicional debido al despliegue militar como ingreso.
7. ¿Puedo solicitar si un miembro de mi hogar no es ciudadano estadounidense? Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido.
8. ¿Van a verificar la información que yo doy? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar? Para enterarse de cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.
10. ¿Puedo solicitar por internet? Sí! La solicitud por internet (online) requiere la misma información que por escrito. Visite a <https://calallen.healtheliving.net> para empezar su solicitud o aprender más sobre el proceso de completar la solicitud por internet. Póngase en contacto con Leticia H Garcia, 361-242-5906 o lgarcia@calallen.org si tiene preguntas sobre la solicitud por internet.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Leticia H Garcia, 361-242-5906.

Atentamente,

 Leticia H Garcia, Directora de Alimentos

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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

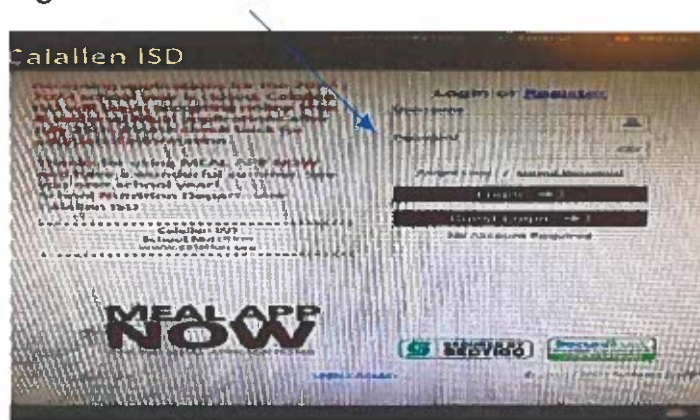
Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidad.

Aplicar por ...Internet...proceso rápido

1. Visit <https://calallen.healtheliving.net> para comenzar el proceso de preparación de la Comida.
2. Haga clic en el enlace Solicitud de comida 2022-2023 .



3. Si ya tiene una cuenta, inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña o si no tiene una cuenta, haga clic en Crear una cuenta.



**NECESITA AYUDA LLAME A: DEPARTAMENTO DE SERVICIO DE ALIMENTOS al
361-242-5906**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del 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 el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja de discriminación del programa, un reclamante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en 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 y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por: (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; 2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Instrucciones para Llenar la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido 2022-2023

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Entregue sola una solicitud por hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en Calallen ISD/. Use un bolígrafo (no un lápiz) para llenar la solicitud.

Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. **Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.** Póngase en contacto con Departamento de alimentos a 361-242-5906 con sus preguntas.

PARTE 1: Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

- **Liste el nombre de cada niño.**

Escriba en letra de imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.

Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.

- **Marque la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante de Calallen ISD.**

- **Incluya el grado del niño si está en la escuela.**

- **Marque la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo.**

La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Los niños adoptivos temporales (foster children) que viven en el hogar pueden ser considerados como miembros del hogar y puede incluirlos en la solicitud. Si va a entregar la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Parte 1, ignore las Partes 2, y llene la Parte 3.

Participación en Programa de Elegibilidad

Si todos los miembros del hogar participan en los siguientes programas —Adoptivo Temporal (*Foster*), Head Start, sin hogar (Homeless), Migrante (Migrant), o Fugitivo (Runaway) ignore la Parte 2 y llene la Parte 3.

SNAP, TANF, and FDPIR: ¿Si algunos miembros del hogar (incluya a usted mismo) recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)?

Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, reporte el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio.

Si algún miembro del hogar recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), marque la casilla que indica su participación. El Calallen ISD estará en contacto con usted para obtener documentación de su participación en este programa (FDPIR).

Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDPIR ignore la parte 2, y llene la parte 3.

PARTE 2 Declare el Ingreso de Todos los Miembros del Hogar.

Sección A. Los Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Adulto en el Hogar.

- **Escriba** los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN.

No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.

Sección B. Ingresos de los Adultos en el Hogar, (Incluya a Usted Mismo, pero no a los Menores)

- **Escriba** el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios.

Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Sección D.

Incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. No incluya las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está siendo apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye una parte de sus ingresos propios al hogar.

Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos para Comida a Precio Reducido					
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$25,142	\$2,096	\$1,048	\$967	\$484
2	\$33,874	\$2,823	\$1,412	\$1,303	\$652
3	\$42,606	\$3,551	\$1,776	\$1,639	\$820
4	\$51,338	\$4,279	\$2,140	\$1,975	\$988
5	\$60,070	\$5,006	\$2,503	\$2,311	\$1,156
6	\$68,802	\$5,734	\$2,867	\$2,647	\$1,324
7	\$77,534	\$6,462	\$3,231	\$2,983	\$1,492
8	\$86,266	\$7,189	\$3,595	\$3,318	\$1,659
Para cada miembro adicional de la familia, aumente:					
	+\$8,732	+\$728	+\$364	+\$336	+\$168

- **Reporte el monto de los ingresos que el adulto recibe en la columna apropiada (que indica el tipo del ingreso): Sueldo de trabajo, Asistencia pública/Manutención de niños/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguro social/SSI, Otros ingresos.**

Reporte solo el ingreso bruto total y escríbalo en dólares totales (redondeados sin incluir centavos). El ingreso bruto es el monto que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y las deducciones. No es el dinero que lleva a casa.

Asegúrese que el ingreso bruto reportado en la solicitud no se ha reducido por los impuestos, la prima de seguros, u otras deducciones. La tabla "Fuentes de Ingresos para Adultos" incluya información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud. Puede incluir los niños adoptivos temporales (foster children) como miembros del hogar, pero no se requiere.

Escriba "0" Si no hay ingresos que reporta. Si deja los espacios de ingresos en blanco, se considerarán como "0." Si pone un "0" o deja un espacio en blanco, está certificando (declarando) que no hay ingresos que reportar. Si se enteran los oficiales de la escuela que los ingresos del hogar se han reportado incorrectamente, la solicitud será verificada por causa.

- **Marque con un círculo la frecuencia en que se recibe el ingreso.**

- W = Semanal
- E = Cada 2 Semanas
- T = Dos Veces por Mes
- M = Mensual
- A = Anual

Sección C. Ingresos Combinados de los Niños del Hogar

- **Reporte todos los ingresos regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Part 1.**

Ponga los Ingresos de los Adultos en la Parte B.

Reporte los ingresos regular para cada niño.

La tabla "Fuentes de Ingresos para Niños" (a la derecha) incluye información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud.

Sección D. Total de Miembros del Hogar

- **Reporte todos los niños y adultos que viven en el hogar.**

Este número TIENE que ser igual a el total de miembros del hogar que puso en la Parte 1 y Parte 2. Es muy importante que ponga a todos los miembros del hogar y a que el número de miembros en el hogar determina su elegibilidad.

PARTE 3 Ponga la Información de Contacto y Firma (de Adulto).

- **Lea la declaración de certificación.**
- **Escriba su dirección actual y la información de contacto en los espacios. No se requiere el número de teléfono y/o un correo electrónico (son opcionales), pero nos ayudarían a ponernos en contacto con usted más rápidamente.**

Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.

- **Escriba en letra de imprenta en el espacio el nombre del adulto que ha llenado la solicitud, firme la solicitud, y ponga la fecha de hoy en el espacio apropiado.**

Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por el adulto del hogar quien ha llenado la solicitud. Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (declara) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. Antes de que llene esta sección, lea la declaración de privacidad y la declaración de derechos civiles al reverso de la solicitud.

PARTE 4 Devolución de Solicitud

- **Regrese la solicitud a: Calallen ISD Food Service Office, 4201 Calallen Drive, Corpus Christi, TX 78410.**

Fuentes de Ingresos Para Adultos

Ingresos del Trabajo

Tipos generales de ingresos

- Sueldo, pago, bonos en efectivo
- Pagos por huelga

Fuerzas Armadas de EE. UU

- Subsidios de vivienda/ ropa/ comida fuera de la base militar
- Pago (sueldo) básico y bonos en efectivo (no incluya el sueldo de combate, ni el FSSA, ni los subsidios privados de vivienda.)

Trabajador Independiente

- Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)— se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto

Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia

(No ponga algún valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está indicado en la tabla.)

- La pensión alimenticia
- Asistencia en efectivo del gobierno local o del estado
- Pagos de manutención de niños – Si recibe ingreso de manutención de niños o de la pensión alimenticia, solo reporte los pagos recibidos por órdenes judiciales. Los pagos informales y regulares deben ser reportados como "Otros Ingresos" en la siguiente sección.
- Pago por desempleo

Compensación laboral

Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI)

- Anualidades
- Ingreso de fideicomiso o de herencia
- Pensión privada o por discapacidad
- Seguro Social (incluya la jubilación de ferrocarriles y los pagos de la enfermedad pulmonar del minero)
- Seguro Social (SSI)
- Beneficios para Veteranos

Otros Ingresos

- Ingreso de Intereses
- Ingreso de Inversiones
- Pagos regulares en efectivo fuera del hogar
- Ingresos de Alquiler

Fuentes de Ingresos Para Niños

Sueldo de Trabajo

- Por ejemplo: Un niño tiene un trabajo y gana un sueldo o pago.

Seguro Social, Beneficios por Discapacidad

- Por ejemplo: El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.

Seguro Social, Beneficios para Sobrevivientes

- Por ejemplo: El padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado, o fallecido, y su niño recibe beneficios del Seguro Social.

Ingresos de Otras Fuentes

- Por ejemplo: Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, de la anualidad, o un de un fideicomiso.

Calallen ISD, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para del 2022-2023

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn:

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al <http://calallen.healtheliving.net>.
Parte 1: Definición de Miembro del hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante		Nino Adoptivo Temporal (Foster)	Marque todo lo que aplique.		
			SI	NO		Head Start	Sin Hogar		Migrante	Fugitivo	
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR?
No > Compañeré 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio _____, y pase directamente a la Parte 3.
SI > FDIPIR, marque en la casilla ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Declare el ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX -- -- Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	W-E-T-M-A	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Asistencia Social/ Manutención de niños/ Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	W-E-T-M-A	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	W-E-T-M-A	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	W-E-T-M-A
1.			\$									
2.			\$									
3.			\$									

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Annualmente
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar.)

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: CISD Food Service, 4201 Calallen Drive, Corpus Christi, TX 78410; por internet al: lgarcia@calallen.org; o a la escuela del niño.

Propongo esta información de contacto y firma de adulto. Regrese esta solicitud a: CISD Food Service, 4201 Calallen Drive, Corpus Christi, TX 78410; por internet al: lgarcia@calallen.org; o a la escuela del niño. Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono y correo electrónico (opcional) _____

Miembro (Adulto) del hogar que llenó solicitud _____ Firma del adulto que llenó la solicitud _____ Fecha de hoy _____

Parte 1: Nombres Adicional

Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Apellido	Nombre del Segundo	Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Sí No

Marque todo lo que aplique.

Head Start Sin Hogar Migrante Fugitivo

Parte 2: Nombres Adicional

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)

Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4. W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5. W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6. W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semana	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos comparar la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

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 TARGET1 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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out This Part. This is For School Use Only.

Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number--Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Every 2 Weeks x 26 | Twice a Month x 24 | Monthly x 12

Date Received:

Categorical Determination:

Household Size: _____ Total Income: _____ Weekly Every 2 Weeks Twice a Month Monthly Annually

Eligibility: Free Reduced Denied

Reviewing/Determining Official's Signature/Date

Confirming Official's Signature/Date