

SENECA FAMILY OF AGENCIES - MAYA ANGELOU ACADEMY
SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS
Y A PRECIOS REDUCIDOS PARA EL AÑO ESCOLAR 2021-2022

PARTE 1. TODOS LOS NIÑOS DE LA UNIDAD FAMILIAR			
Nombres de <u>todos</u> niños/niñas que sean menor de edad (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un hijo de bajo cuidado adoptivo temporal (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) <small>* Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.</small>	Marque si sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar, en Head Start
		<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"/>

Parte 2: BENEFICIOS

ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYENDO USTED) RECIBE BENEFICIOS DE UNO O MAS DE LOS SIGUIETES PROGRAMAS

- CalFresh CalWORKs FDPIR

Si sí, provee el nombre y el numero de caso de la persona que recibe beneficios y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

PARTE 3. ANOTE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON MENOR DE EDAD

En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PARTE 1. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

INGRESOS TOALES DE MENORES: \$ _____ ¿FRECUENCIA? SEMANALMENTE/ CADA 2 SEMANAS/ 2 VECES AL MES/ MENSUALMENTE

PARTE 4. INGRESOS TOTALES DE ADULTOS EN EL HOGAR. Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

Anote los ingresos totales de los adultos del hogar (incluyendo a usted), **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

1. NOMBRE (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON		
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, Jubilación, Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$199.99/semanal	\$149.99/cada dos semanas	\$50.00/mensual
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____

PARTE 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: xxx - xx - _____ No tengo número de Seguro Social

PARTE 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Elija un grupo étnico:

Hispano/Latino

No hispanic/Latino

Elija una o más (independientemente del grupo étnico):

Asiático

Amerindio o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Si está mandando esta forma por correo, por favor dirijala a Maya Angelou Academy at 3695 High St, Oakland CA 94619

NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Approved as eligible for: Free Reduced-Price Denied (Paid)

Reason: _____

Verified as: Homeless Migrant Runaway Head Start | Incomplete Error-Prone

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.