Solicitud de cor	nidas gratis o a precio ı	educ	ido d	le ho	ogare	es de	Utah 2	2022	2-2023			Receiv	ed Date					
Complete una solicitud p	oor hogar. Use un bolígrafo (no un láp	iz).	☐ Dra	aper 1	Dra	per 2	Draper 3		Salem 🗌	West Valley	/1 [	☐ West '	Valley 2					
PASO 1 Identifique	a TODOS los miembros del hogar que	sean be	bés, niñ	os y es	tudian	tes hasta	el grado '	2 incl	lusive (adjun	te otra hoja	a de p	apel si	necesita	más es	pacio pa	ara nom	bres a	dicionales)
Definición de <b>Miembro del</b> hogar: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta	Nombre del niño	Inicial de segundo nombre	Anelli	do del	niño					¿Es estudiante		ombre de	e la escue	la	Grado		ré	iño en Sin hoga egimen Migrante e acogida fugado
los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".																correspondan		
Los niños en <b>Cuidado de crianza</b> y niños que encuadren bajo la definición de <b>Sin hogar</b> , <b>Migrante, Huyó de casa</b> o que																due		
participen en programas Headstart son elegibles para recibir comidas gratis. Lea Cómo																todas las		
solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido para obtener información adicional.																Marque todas		
PASO 2 ¿Participa	alguno de los miembros del hogar (inc	luso ust	ed) en u	no o m	iás de l	os siguie	ntes progi	amas	de asistenci	a elegibles	s?			Si la re	spuesta	es NO >	· <u>Vaya</u> a	al PASO 3
¿Participa alguno de los m de asistencia elegibles? M	iembros del hogar en uno de los siguientes progra larcar todo que aplique.	amas	SNAF	)	TANF	-FDP	FDPIR	d	o. Ingrese el núr le asistencia sele lo escribe el núr	eccionado en e	este es							
PASO 3 Declaració	n de ingresos para TODOS los miembr	os del ho	ogar (o	mita e	ste pas	o si resp	ondió "Sí"	en el I	PASO 2)									
¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí? Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para	A veces, los niños del hogar ganan o reciben los miembros del hogar identificados en el PA  B. Todos los miembros del hogar adult Identifique a todos los miembros del hogar no (antes de impuestos) para cada fuente únicar que no hay ingresos que declarar.	ASO 1. <b>os (inclu</b> o incluidos	<b>so usted</b> s en el PA:	<b>i)</b> S0 1 (ind	cluido usi in centav	ted), inclus os). Si no r	o si no recibo eciben ingre	en ingre		niembro del h indique "0". S	Si uste	dentificac d escribe		estudiar O c en ingres	ntes durant Comidas re os, declar	e el año, se gulares e los ingr s, usted c	Comida esos bru ertifica (	s vegetarianas itos totales promete)
obtener más información.  La tabla "Fuentes de Ingresos	Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)		Ganancias provenientes de empleos		¿Con qué frecuer  Semanal Cada dos semanas Bimens		A		Asistencia pública/manutención		Con qué frecuencia?  Cada dos Bimensual Mensual		sual	Pensiones/jubilaciones todos los demás ingres				
para menores" le ayudará con la sección Ingresos		\$			0	0 0	) (	\$		0 (	0	0 (	)	\$		0	0	0 0
de menores.  La tabla "Fuentes de Ingresos		\$			0	0 0	) (	\$		0 (	$\bigcirc$	0 (	)	5		0	0	0 0
para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.		\$			0	0 0	) (	\$		0 (	0	0 (	)	\$		0	0	0 0
illenbros del nogal additos.		\$			0	0 0	) (	\$		0 (	$\supset$	0 (	)	5		0	0	0 0
		\$			0	0 0	) (	\$		0 (	$\supset$	0 (		\$		0	0	0 0
	Total de miembros del hogar (niños y adultos)						imero del Se igresos u otro		cial (SSN) bro adulto del h	ogar X X	х	X	(		Ма	rque si	no tier	ne SSN 🗌
PASO 4 Informació	n de contacto y firma de un adulto																	
	rmación contenida en esta solicitud es verdadera y que le si he dado información falsa a propósito, mis hijos pu			_		-			-			s federales	s, y que los f	ıncionarios	del progra	ma pueden	verificar	(comprobar)
Dirección (si corresponde)	N.º de apto.		Ciudad				Estado		Código post	al	Teléf	ono diurn	o y correo	electróni	co (opcior	ial)		
Nombre del adulto que firma el	formulario en letra de imprenta	[	Firma del	adulto							Fech	a actual						

Fuentes de ingresos para menores							
Fuentes de ingresos de menores	Ejemplo(s)						
- Ganancias provenientes de empleos	- Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial por el cual gana un salario o sueldo						
- Seguro Social - Pagos por incapacidad - Beneficios para sobrevivientes	<ul> <li>- Un niño es ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social</li> <li>-Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social</li> </ul>						
-Ingresos de persona fuera del hogar	- Un amigo o familiar regularmente le da dinero a un niño para sus gastos						
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso						

Fuentes de ingresos para adultos						
Ganancias provenientes de empleos	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos				
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits Si usted forma parte de las fuerzas militares de los EE. UU.: - Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada) - Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta	- Beneficios por desempleo - Compensación a trabajadores - Ingreso de Seguro Complementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos por pensión alimenticia - Pagos por manutención de menores - Beneficios para veteranos	- Seguro Social (incluida la jubilación de ferroviarios y el seguro por neumoconiosis del minero [pulmón negro]) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o herencias - Pensiones alimenticias - Ingresos por inversiones - Intereses ganados - Ingresos por rentas - Pagos regulares en efectivo desde el exterior del hogar				

## **OPCIONAL**

Origen étnico (marcar uno):

## Identidades raciales y étnicas de los niños

Hispano o latino

Raza (marcar una o más): Indígena americano o nativo de Alaska

público para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

Se nos requiere solicitarle información sobre el origen racial y étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar un servicio completo para nue	stra
comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.	

Negro o afroamericano

☐ Asiático

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No tiene que	deben con
proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo(a) para que reciba comidas gratis a precio	Center del
reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos	Transmisi
cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un menor en cuidado de	el reclama
crianza o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia	del USDA,
Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas	USDAProg
(FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo(a), cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no	(866) 632-
cuenta con un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir	número de
comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS	suficiente
compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o	naturaleza
determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisar programas, y con el personal de las fuerzas del orden	completac

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones 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 (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad,venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano)

deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section 508 Compliant.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 y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico

Blanco

correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

(202) 690-7442; or

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que respeta la igualdad de oportunidades.

## No completar Solo para uso administrativo

Annual Income Conversion: Weekly (semanal) x 52, Every 2 Weeks (cada dos semanas) x 26, Twice a Month (bimensual) x 24, Weekly (mensual) x 12

No hispano ni latino

Total Income	How Often?    Weekly   Bi-Weekly   2x Month   M	onthly Household size		Eligibility:  Free Reduced Paid/ Denied	HLO
	0 0 0	Cat	egorical Eligibility	0 0 0	Skyward
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date

fax: