

# Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2018-2019

Haga su solicitud en línea en:

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Envíe la solicitud completa a:

## PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

**Definición de Miembro del hogar:** "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante?		Nombre de la escuela	Grado	Head Start / Niño en cuidado de crianza / Sin hogar; Migrante; Huyó de casa		
			Sí	No			Head Start	Niño en cuidado de crianza	Sin hogar; Migrante; Huyó de casa
			<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"/>			<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"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las que correspondan

## PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles? Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

- a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique.
- SNAP     
  TANF-FDP     
  FDPIR
- b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. *No escribe el número de Medicaid.*

## PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de Ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.

**A. Ingresos de menores**  
A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)**  
Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

¿Con qué frecuencia?

Ingresos de menores	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias provenientes de empleos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/jubilaciones/ todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➔
**Total de miembros del hogar (niños y adultos)** 
**Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar**








**Marque si no tiene SSN**

## PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si corresponde)	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)
Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta		Firma del adulto		Fecha actual	

**INDICACIONES**

**Fuentes de ingresos**

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	- Un niño es ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social - Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social
- 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**

**Identidades raciales y étnicas de los niños**

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 nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

- Origen étnico (marcar uno):**  Hispano o latino  No hispano ni latino
- Raza (marcar una o más):**  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico  Blanco

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

De acuerdo con la Ley federal de derechos civiles y con los reglamentos y las políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad, o tomar represalia o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para comprender la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede ponerse a su disposición en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja ante el programa por discriminación, complete el Formulario de Quejas ante el Programa por Discriminación del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA; o escriba una carta dirigida al USDA y en la carta incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

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

Total Income  How Often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Household size

○ ○ ○ ○

Categorical Eligibility

Eligibility: Free Reduced Paid/Denied

○ ○ ○

Error Prone

Determining Official's Signature  Date  Confirming Official's Signature  Date  Verifying Official's Signature  Date