

# Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2016-2017

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz).

Haga su solicitud en línea en: [www.utah.gov](http://www.utah.gov)

## 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 encajen bajo la definición de Sin hogar. Migrante. Hayó de casa o que participan 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	2.º n. Apellido del niño	¿Es estudiante?		Nombre de la escuela	Grado	Marque todas las que correspondan	
		Si	No			Head Cuidado de	Sin hogar:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Migrante	Hayó 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"/>

## PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles?

A. Esta casilla indica en qué programa está inscrito el postulante. B. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? (encerrar solo uno en un círculo) SNAP, TANF-FDP, FDDPI

C. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio.

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

### A. Ingresos de menores

A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluye aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

Ingresos de menores	\$				
---------------------	----	--	--	--	--

¿Con qué frecuencia?			
Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?		Pensiones/ Jubilaciones/ todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia?
		Semanal	Cada dos semanas		
	\$	<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"/>

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

X	X	X	X
---	---	---	---

Marque si no tiene SSN

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

Certifiquel (promete) 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.

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta

N.º de abto.

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Fecha actual

**INDICACIONES Fuentes de ingresos**

Fuentes de ingresos para menores	
Fuentes de ingresos de menores	Ejemplos
- 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 alimentaria/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/otros beneficios/ingresos
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits Si usted forma parte de las Fuerzas Armadas 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 neurocomiosis del minero (pulmón negro)) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o herencias - Pensiones alimenticias - Ingresos por inversiones - Intereses ganados - 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 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 custodia 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 Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDRK 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 audiciones para revisar programas, y con el personal de las fuerzas de 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 represalias o venganzas 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 requieren 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 Traducción 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.ascrusda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascrusda.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  
 fax: (202) 690-7442; or  
 correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto: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	1/2 Month	Monthly
--------	-----------	-----------	---------

    Household size

Categorical Eligibility  Eligibility: 

Free	Reduced	Paid/Donated
------	---------	--------------

   Error Prone

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

Verifying Official's Signature  Date