



**PASO 5**

**Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.**

<p>¿Desea recibir <b>ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO</b>?</p> <p><input type="radio"/> Sí <span style="margin-left: 20px;">Si la respuesta es Sí, <b>firmo</b> a la derecha</span> →</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Certifico que soy el padre/tutor legal del/de los niño(s) respecto del/de los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TITULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 25px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">Firma del adulto que completa el formulario <span style="margin-left: 150px;">Fecha de hoy</span></p>	<p>Para uso exclusivo de la escuela:</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado</p> <p><input type="checkbox"/> Denegado</p> <p><input type="checkbox"/> No Aplica</p>
--	--	--

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de **Medicaid** o **Hoosier Healthwise**. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.

Firma del adulto que completa el Fecha de hoy

**Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.**

**OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños**

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

<p><b>Origen étnico (seleccione una opción):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> No hispano ni latino</p>	<p><b>Raza (seleccione una o más opciones):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena de EE. UU. o Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</p>	<p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p>
--	---	---

**Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.**  
 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 debe hacer si cree que lo han tratado injustamente.** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA			
INCOME CONVERSION to YEARLY:			
WEEKLY X 52	EVERY 2 WEEKS X 26	TWICE A MONTH X 24	MONTHLY X 12
<b>ELIGIBILITY DETERMINATION</b>			
Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income:\$ _____ per: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Yearly			
OR Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/> Food Stamps/TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Foster			
Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Denied			
Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other _____			
Signature of Determining Official: _____		Date: _____	
		Date Withdrawn: _____	
<b>VERIFICATION</b>			
Confirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: <input type="checkbox"/> Food Stamps / TANF Case Number	Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in Food Stamps /TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____
Date Response Due from Households: _____	<input type="checkbox"/> Household Size and Income	<input type="checkbox"/> Other _____	Date Notice of Change Sent: _____
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	Verifying Official's Signature: _____		Date Change Made: _____
Request for Appeal Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____		Date: _____	