Distrito Escolar Thompson

<https://linqconnect.com/public/meal-applicaiton/new?identifier=E7D8Y7>

Vea las instrucciones paso a paso para más información. Algunas escuelas en nuestro distrito participan en la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP) y algunas no. El propósito de este formulario es determinar la elegibilidad para beneficios de comidas para estudiantes en escuelas que no son CEP. Para los estudiantes en escuelas CEP, la información se usará para determinar la elegibilidad para otros tipos de beneficios.

PASO 1: Enumere a todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional).

Nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento (MM/DD/YY)	Grado	Hogar de acogida temporal	Fugitivo	Sin hogar	Migrante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Marque todo lo que corresponda. Consulte las instrucciones para obtener información sobre las categorías.	☐	☐	☐
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐		☐	☐	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐		☐	☐	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	☐		☐	☐	

¿Algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF/CO Works, o FDIPIR? Si la respuesta es **SÍ**, anote el número de caso y pase al PASO 3. Si la respuesta es **NO**, pase al PASO 2.

Caso n.º

PASO 2: Reporte los ingresos de todos los miembros del hogar, incluidos los estudiantes.

Enumere a todos los adultos en su hogar. Informe sus **ingresos brutos totales**. Si un adulto no tiene ingresos, escriba cero (0). Añada a los estudiantes en su hogar que reciben ingresos. Consulte las instrucciones para más información.

Nombres de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar	Ingresos por trabajo	Asistencia pública/Manutención infantil/ Pensión alimentaria					Pensiones/ Retiro/ Todos los ingresos adicionales					
		Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual	
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	☐	☐	☐	☐	☐	\$ <input type="text"/>	☐				
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	☐	☐	☐	☐	☐	\$ <input type="text"/>	☐				
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	☐	☐	☐	☐	☐	\$ <input type="text"/>	☐				
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	☐	☐	☐	☐	☐	\$ <input type="text"/>	☐				
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	☐	☐	☐	☐	☐	\$ <input type="text"/>	☐				

Paso 3: Firma e información de contacto

“Certifico que mis hijos no están recibiendo beneficios de EBT de Verano en otro estado u Organización Tribal Indígena. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.”

Dirección de correo o apartado postal Ciudad Estado Código postal Dirección de correo electrónico

Teléfono fjo o móvil FIRMA de un miembro adulto del hogar (requerida)

Nombre y apellido en letra de imprenta de la persona que firma Fecha

Número total de miembros del hogar (todos los niños y adultos que viven en su hogar)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social. No es necesario para escuelas CEP o EBT de verano

Marque la casilla si no tiene Número de Seguro Social

Paso 4: Divulgación de información

Los detalles que proporciona en este formulario se utilizarán con programas educativos estatales y pueden compartirse con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children's Health Insurance Program, SCHIP).

NO comparta la información con Medicaid/SCHIP.

Comparta mi información con los siguientes programas que he indicado:

- Examen de Colocación Avanzada (*Advanced Placement, AP*) y/o tarifas de libros de AP
- Transporte y/o tarifas deportivas y escolares
- Examen de Oportunidad de Colegio Acelerado y/o tarifas de libros
- Colegio Comunitario de Front Range

Ingrese la dirección de la escuela/distrito: Ingrese la dirección de la escuela/distrito

OPCIONAL: Identidades étnicas y raciales de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Responder es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitos o a precio reducido.

- Grupo étnico (marque uno):** Hispano o latino No hispano o latino
- Raza (marque una o más):** Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico Blanco

Declaración de Uso de Información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido o EBT de verano. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando solicita EBT de verano en nombre de un niño de acogida o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
 (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
 (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per month x 24; Monthly x 12

Form Type

- Total Household Income: \$ _____ Household Size _____
- Household Income Frequency Weekly Every Two Weeks Twice a Month Monthly Annually
- Categorical Eligibility**
- SNAP FDPIR TANF Foster Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Form Status

- Approved Free Reduced
- Denied Over Income Guidelines Incomplete/Missing _____

Notes: _____

Determining Official Signature: _____ **Approval / Denial Date:** _____ **Notification Sent:** _____

Note: All types of income must be combined in total household income, not just earnings from work.