

## Instrucciones de la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

Si usted, o alguien en su hogar, recibe SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, TANF/CO Works (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas; Asistencia Alternativa Estatal o Asistencia Básica en Efectivo) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas), siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado.

**PASO 2:** Escriba un número de caso si usted o alguien en su hogar participa en SNAP, TANF o FDPIR.

**PASO 3:** Omita.

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de derecho.

**PASO 5:** Si **no desea que su información sea compartida** con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

**Opcional:** Contesté la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

Si está solicitando para un niño en acogida, un estudiante que califica para el programa Head Start de su distrito o un estudiante fugitivo, sin hogar o inmigrante, siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado. Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante.

**PASO 2:** Omita.

**PASO 3:** Omita.

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

**PASO 5:** Si **no desea que su información sea compartida** con Medicaid / SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

**Opcional:** Contesté la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

Si está solicitando con base en ingresos o está solicitando con base en ingresos y otra categoría (es decir, niños en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante), siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes; marque la casilla si el estudiante no tiene ingresos. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado.

Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, fugitivo, sin hogar o inmigrante.

**PASO 2:** Omita esta parte.

**PASO 3:**

A. **Ingresos del estudiante:** Anote el ingreso bruto combinado (antes de impuestos y otras deducciones) en la casilla "Ingresos de estudiante" para TODOS los estudiantes en su hogar mencionados en el Paso 1. Solo incluya el ingreso de un niño en acogida si usted está solicitando para él/ella junto con el resto de su hogar. Es opcional que el hogar incluya a los niños en acogida que viven con ellos como parte del hogar. Consulte "Fuentes de ingresos de estudiantes" al final de esta página.

B. **Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo):** Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de otros miembros del hogar". No incluya a las personas que viven con usted, pero que no son mantenidas con los ingresos de su hogar y no contribuyen a los ingresos a su hogar. No incluya ninguno de los miembros de la familia que usted mencionó en el PASO 1. Si un estudiante mencionado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.

**Informe los ingresos brutos (ingreso total antes de impuestos y deducciones) para cada miembro de su hogar:**

o **Ganancias del trabajo:** ejemplo: Vea "Ingresos por trabajo" a continuación. Si se le paga \$ 500.00 cada dos semanas, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "cada dos semanas". Si normalmente no recibe pago por horas extra, no lo incluya en sus ingresos informados.

o **Ingresos de Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge:** Vea "Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge" a continuación. Escriba el monto total que cada persona recibió de **cualquier programa de asistencia pública (no incluya ingresos de SNAP, TANF o FDPIR), manutención de hijos o manutención del cónyuge**. Por ejemplo: Si recibe \$ 500.00 mensuales por manutención de hijos, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "mensual".

o **Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos:** Vea "Pensiones/Jubilación/Otros ingresos" a continuación. Informe el ingreso neto de los negocios propios, granjas o ingresos por alquiler. Informe el ingreso bruto de los ingresos de pensión o jubilación. Junto a la cantidad, marque la frecuencia con la que la persona lo recibe. Si usted es parte de la Iniciativa de privatización de viviendas militares, no incluya este subsidio de vivienda.

**Informe el total de miembros del hogar. El total tiene que ser igual a todos los nombres mencionados en la solicitud.**

**Proporcione los últimos cuatro números del número de Seguro Social (SSN), o "Marque si no tiene SSN".**

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

**PASO 5:** Si **no desea que su información sea compartida** con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este PASO.

**Opcional:** Contesté la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

### Fuentes de ingreso que tiene que informar:

#### Fuentes de ingresos de estudiantes:

Ganancias del trabajo  
Seguro Social- Incapacidad o pagos del sobreviviente  
Cualquier otro tipo de ingreso que recibe regularmente

#### Ingresos por trabajo:

Sueldos/salarios/propinas  
Beneficios de huelga  
Compensación por desempleo  
Compensación del trabajador  
Ingresos netos de un negocio propio o granja

#### Pensiones/Jubilación/Otros ingresos:

Pensiones  
Ingreso Suplementario de Seguridad  
Ingreso de jubilación  
Beneficios de veterano  
Seguro Social  
Beneficios por discapacidad  
Dinero retirado regularmente de cuenta de ahorros  
Intereses/Dividendos  
Ingresos de propiedades/Fidecomisos/Inversiones  
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar  
Regalías netas/anualidades/ingresos por alquiler  
Cualquier otro ingreso que recibe regularmente

#### Asistencia pública /Manutención de hijos/Manutención de cónyuge:

Pago de asistencia pública  
Pago de asistencia Social  
Pago de manutención de cónyuge  
Pago de manutención de hijos

**[Insert District Name] 2017-2018 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido**

Solicite en línea en **[Insert Webpage]**

Llene una solicitud por hogar. Por favor use bolígrafo (no lápiz).

**PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten [Insert District Name] (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)**

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	No ingresos	Fecha de nacimiento					Grado	Niño de Head Start				
				M	M	D	D	A		A	Acogida	Start	Fugitivo Sin Hogar	Inmigrante

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

**PASO 2 Si los miembros del hogar (inclúyase a sí mismo) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR anote el número de caso a**

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

Número de caso SNAP	Número de caso TANF	Número de caso FDPIR

**PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)**

**A. Ingresos del estudiante**

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

Ingreso del estudiante \$

¿Con qué frecuencia?

Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
<input type="radio"/>				

**B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)**

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombre de otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia?					Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?				
		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>												
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>												
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>												
	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>												

Total de miembros del hogar (estudiantes y adultos)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' **SOLO si completó el Paso 3B.**

XXX-XX

Marque si no tiene SSN

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: [Insert School/District Mailing Address]**

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	FIRMA del miembro adulto del hogar		Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta		Fecha de hoy	

**PASO 5 Divulgación de información**

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. Su información **SERÁ compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación**

NO compartan mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP.

**OPCIONAL** Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnia (marque una):  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

## NEED HELP BUYING GROCERIES?

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

---

## Food Resource Hotline

CALL US TODAY!

STATEWIDE, TOLL-FREE **855-855-4626**

METRO DENVER **720-382-2920**

## ¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

¡LLÁMENOS HOY!

LÍNEA ESTATAL **855-855-4626**

METRO DENVER **720-382-2920**



**HUNGER FREE COLORADO** [HungerFreeColorado.org](http://HungerFreeColorado.org)



**Colorado PEAK** es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO**

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

Application Type:

Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_  
 Household Income Frequency -  Weekly  Bi-Weekly  2x/Month  Monthly  Annually

Categorical Eligibility -  SNAP  FDPIR  TANF  Foster  
 Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:

Approved -  Free  Reduced

Denied -  Over Income Guidelines  Incomplete/Missing: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: