West Central School Corporation

Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido 2023-2024

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

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas Formulario escolar núm. 521/2023

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: https://linqconnect.com
DEVUÉLVALA A: West Central School Corporation
DIRECCIÓN: 1850 S US Highway 421 Francesville, IN 47946

Las instrucciones para cada paso, incluidos ejemplos de ingreso se pueden encontrar en la Carta e Instrucciones para Padres.

PASO 1 **Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12° grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.**

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a	MI Inicial	Apellido(s) del niño/a	Grado	Marque todas las opciones: Foster Child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar	Solo para Estudiantes: Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	¿Vive con un padre o pariente cuidador? Si	No
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐

PASO 2 **¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el 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 Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?**

NO ☐ → Continúe al PASO 3.

SÍ ☐ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]. Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 **Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)**

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente	Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente	Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)		**Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)**					Marque si no tiene número de Seguro Social: ☐

B. Ingresos de los niño/as

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as	¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
$	☐	☐	☐	☐	☐

PASO 4 **Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:** 1850 S US Highway 421 Francesville, IN 47946

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)

PASO 5 **Otros beneficios: No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comida gratuitas o a precio reducido.**

¿Desea recibir **ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?**

☐ Sí **Si la respuesta es Sí, firme a la derecha →**

☐ NO

Certifico que soy el padre/tutor legal del/del 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.

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Para uso exclusivo de la escuela:

☐ Aprovada

☐ Negada

☐ No Corresponde

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. **Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-866-408-6131.**

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

OPCIONAL **Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.**

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad.
Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): ☐ Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)
☐ Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

NO LLENAR **Solo para uso de la escuela.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income:	How often received?					Household Size:	Categorical Eligibility ☐	Eligibility Determination		
	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual			Free	Reduced	Denied
	☐	☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐

Determining Official's Signature

Date

For use at verification

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias

Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *Foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por 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/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.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:

*Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

*** No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Office Use Only: Received by (initial & date received): _____ Processed by (initial & date processed): _____