

2023-2024 Solicitud de comidas escolares/leche gratuita o a precio reducido

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos, lea las instrucciones al dorso, complete solo un formulario para su hogar, firme su nombre y devuélvalo a la dirección que se indica a continuación. Llame al 631-369-6749 si necesita ayuda. Los nombres adicionales se pueden enumerar en un documento separado

Devuelva las solicitudes completas a:
Riverhead Central School District
Keith Graham
700 Harrison Avenue
Riverhead NY, 1190

1. Enumere todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro(a)	Hijo(a) adoptivo	Migrante sin hogar, fugitivo
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR anote su nombre y número de caso aquí. **Pase a la parte 4, y firme la aplicación.**

Nombre _____ Número de caso: _____

3. Informe todos los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "sí" al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluido usted y todos los niños que tienen ingresos).

Enumere a todos los miembros del hogar que no figuran en el paso 1 (incluido usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso total para cada fuente en dólares enteros únicamente. Si no recibe ingresos de ninguna otra fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad / Frecuencia	Manutención de los hijos, pensión alimenticia Cantidad / Frecuencia	Pensiones, Jubilación Pagos Cantidad / Frecuencia	Otros Ingresos, Seguro Social Cantidad / Frecuencia	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

No tengo SS#

*Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social: XXX-XX-__ __ __ __

*Al completar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (SS#) o marcar la casilla "No tengo un SS#" antes de que se pueda aprobar la solicitud.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de que pueda ser aprobada.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la información se da para que la escuela obtenga fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si doy información falsa a propósito, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comidas.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de casa: _____

5. El origen étnico y la raza son opcionales; responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (Check one or more): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Island White

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster
 Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, complete solo una solicitud para su hogar siguiendo las instrucciones a continuación. Firme la solicitud y devuélvala al CSD de Riverhead. Si tiene un (a) de adoptivo en su hogar, puede incluirlo en su solicitud. No se necesita una solicitud por separado. Llame a la escuela si necesita ayuda: 631-369-6749. Asegúrese de que se proporcione toda la información. El no hacerlo puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo(a) o una demora innecesaria en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba los nombres de los niños, incluidos los niños adoptados, para los que está aplicando en una solicitud.
- (2) Indique su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño adoptado que vive en su hogar, o si cree que algún niño cumple con la descripción de personas sin hogar, migrante, fugitivo,
(un personal de la escuela confirmara esta elegibilidad).

PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Indique un número de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR (Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar.
El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4. OMITIR LA PARTE 3. No incluya los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si incluye un
Número de caso SNAP, número TANF o FDPIR.

PARTE 3 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4.

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, ya sea que reciban o no ingresos. Incluya a usted mismo, los niños para los que está solicitando, todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y otras personas relacionadas y no relacionadas en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de que se deduzcan los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde provino, como ingresos, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue mayor o menor de lo habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona. **Especifique con qué frecuencia se recibe este monto de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente.** Si no tiene ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier cuidado infantil proporcionado u organizado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o el reembolso de los costos incurridos por dicho cuidado bajo la Subvención global para el cuidado y desarrollo infantil, TANF y los Programas de cuidado infantil en riesgo no deben considerarse ingresos. para este programa.
- (3) Ingrese el número total de miembros del hogar en el cuadro proporcionado. Este número debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar los miembros enumerados en la PARTE 1 y la PARTE 3.
- (4) La solicitud debe incluir sólo los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma la PARTE 4 si se completó la Parte 3. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla. **Si indicó un número de SNAP, TANF o FDPIR, no se necesita un número de seguro social.**
- (5) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud en la PARTE 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los funcionarios del programa necesitan información de su solicitud de comida gratis o precio reducido. Se requiere su consentimiento por escrito antes de que se pueda divulgar cualquier información. Consulte la Carta de divulgación y la Declaración de consentimiento de los padres adjuntas para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN

Declaración de uso de la información: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar las comidas gratis o a precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de adoptivo o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o otro identificador FDPIR para su hijo(a) o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento 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, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Avenida Independencia, SW Washington, DC 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; or Email: program.intake@usda.gov Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

FREE AND REDUCED PRICE MEAL APPLICATION FACT SHEET

When filling out the application form, please pay careful attention to these helpful hints.

SNAP/TANF/FDPIR case number: This must be the complete valid case number supplied to you by the agency including all numbers and letters, for example, E123456, or whatever combination is used in your county. Refer to a letter you received from your local Department of Social Services for your case number or contact them for your number.

Foster Child: A child who is living with a family but who is under the legal care of the welfare agency or court may be listed on your family application. List the child's "personal use" income. This includes only those funds provided by the agency which are identified for the personal use of the child, such as personal spending allowances, money received by his/her family, or from a job. Funds provided for housing, food and care, medical, and therapeutic needs are not considered income to the foster child. Write "0" if the child has no personal use income.

Household: A group of related or non-related people who are living in one house and share income and expenses.

Adult Family Members: All related and non-related people who are 21 years of age and older living in your house.

Financially Independent: A person is financially independent and a separate economic unit/household when his or her earnings and expenses are not shared by the family/household. Separate economic units in the same residence are characterized by prorating expenses and by economic independence from one another.

Current Gross Income: Money earned or received at the present time by each member of your household before deductions. Examples of deductions are federal tax, State tax, and Social Security deductions. If you have more than one job, you must list the income from all jobs. If you receive income from more than one source (wage, alimony, child support, etc.), you must list the income from all sources. Only farmers, self-employed workers, migrant workers, and other seasonal employees may use their income for the past 12 months reported from their 1040 Tax Forms.

Examples of gross income are:

- Wages, salaries, tips, commissions, or income from self-employment
- Net farm income – gross sales minus expenses only – not losses
- Pensions, annuities, or other retirement income including Social Security retirement benefits
- Unemployment compensation
- Welfare payments (does not include value of SNAP)
- Public Assistance payments
- Adoption assistance
- Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Survivor's Benefits
- Alimony or child support payments
- Disability benefits, including workman's compensation
- Veteran's subsistence benefits
- Interest or dividend income
- Cash withdrawn from savings, investments, trusts, and other resources which would be available to pay for a child's meals
- Other cash income

Income Exclusions: The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care Development (Block Grant) Fund should not be considered as income for this program.

If you have any questions or need help in filling out the application form, please contact:

Name: Keith Graham

Title: Food Service Director

Telephone Number: 631-369-6749