

# 2022 - 2023 Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido - Agencia de Educación de VT

App #

Complete una solicitud por grupo familiar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

## PASO 1 Anote TODOS los miembros del grupo familiar que sean bebés, menores y estudiantes hasta e incluyendo los del 12º grado (si se necesitan más espacios para escribir nombres adicionales, adjunte otra hoja)

**Definición de Miembro del grupo familiar:** "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, aunque no sea pariente".  
 Los menores en **Cuidado Tutelar** y los menores que cumplen la definición de **Sin hogar**, **Migrantes o Fugitivos** tienen derecho a comidas gratuitas. Lea **Cómo solicitar Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido** para obtener más información.

| Primer Nombre del Menor | SEGUNDO | Apellido del menor | Nombre de la escuela | Grado | ¿Estudiante?             |                          | Sin hogar, Migrante de acogida*, Menor o Fugitivo |                          |
|-------------------------|---------|--------------------|----------------------|-------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
|                         |         |                    |                      |       | Sí                       | No                       | Menor o Fugitivo                                  |                          |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |
|                         |         |                    |                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |

\* Participante del Programa de Educación para Migrantes

## PASO 2 ¿Algún Miembro de la familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia? 3SquaresVT o Reach Up?

Si la respuesta es **NO** > Complete el PASO 3. Si la respuesta es **SÍ** > Escriba un número de caso aquí y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

## PASO 3 Informe de los ingresos de TODOS los Miembros del grupo familiar (Omita este paso si respondió "Si" al PASO 2 y proporcionó un número de caso)

Para más información, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido**. La sección **Fuentes de Ingresos de Menores** lo ayudará con la pregunta sobre **Ingresos de Menores**. La sección de **Fuentes de Ingresos de Adultos** lo ayudará con la sección de **Todos los Miembros Adultos del Grupo Familiar**.

- A. Ingresos de los Menores** A veces los menores del grupo familiar reciben ingresos. Por favor, incluya aquí el **TOTAL** de los ingresos recibidos por todos los menores indicados en el PASO 1, si corresponde. Consulte el reverso para obtener más información.
- B. Todos los miembros adultos del grupo familiar (incluido usted)** Incluya a todos los miembros del grupo familiar que no se hayan indicado en el PASO 1 (incluido usted), **aunque ellos no reciban ingresos**. Para cada Miembro del Grupo Familiar, si recibe ingresos, indique el total de la fuente de ingresos en dólares enteros. Si ellos no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (jurando) que no hay ingresos que declarar.

| Ingresos de los menores | Semana               | Quincenal            | 2 veces al Mes       | Mensual              |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| \$                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Nombre de los Miembros Adultos del Grupo Familiar (el primer nombre y el apellido) | Ingresos provenientes del trabajo | Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión Alimenticia |                      |                      |                      | Pensiones/Jubilaciones/ Otros ingresos | Ingresos de los menores |                      |                      |                      |    |                      |                      |                      |                      |
|--|-----------------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|  |                                   | Semana   | Quincenal            | 2 veces al Mes       | Mensual              |  | Semana                  | Quincenal            | 2 veces al Mes       | Mensual              |    |                      |                      |                      |                      |
|  | \$                                | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Total de Miembros del Grupo Familiar (Niños y Adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de seguridad social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del grupo familiar

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

"Certifico (juro) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de Fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales que correspondan".

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input style="width: 95%;" type="text"/>    | <input style="width: 95%;" type="text"/>                        | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Firma del adulto que completa el formulario | Nombre con letra de molde del adulto que completa el formulario | Fecha de hoy                             | Número de teléfono celular               |
| <input style="width: 95%;" type="text"/>    | <input style="width: 95%;" type="text"/>                        | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Dirección postal (si la tiene)              | Nro. de apartamento   | Ciudad                                   | Estado                                   |
| <input style="width: 95%;" type="text"/>    | <input style="width: 95%;" type="text"/>                        | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
|   |   | Código postal                            | Correo electrónico (opcional)            |
|   |   | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

**Otros beneficios:** Para obtener información sobre el seguro médico gratuito o de bajo costo, comuníquese con Green Mountain Care al 1-800-250-8427 o visite [www.GreenMountainCare.org](http://www.GreenMountainCare.org). Para obtener información sobre 3SquaresVT para ayudar con los gastos de alimentación, llame al 1-800-479-6151 o visite [www.vermontfoodhelp.com](http://www.vermontfoodhelp.com).

## No completar Solo para uso escolar

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

|  |  |  |  |  |         |        |  |  |   |      |         |        |
|--|--|--|--|--|---------|--------|--|--|---|------|---------|--------|
| Total Income                             | Frequency  | Household Size                           | Categorical Eligibility                  | Eligibility                              |         |        |  |  |   |      |         |        |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Weekly</td><td>Bi-weekly</td><td>2x/month</td><td>Monthly</td><td>Yearly</td></tr> </table> | Weekly                                   | Bi-weekly                                | 2x/month                                 | Monthly | Yearly | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Free</td><td>Reduced</td><td>Denied</td></tr> </table> | Free | Reduced | Denied |
| Weekly                                   | Bi-weekly  | 2x/month                                 | Monthly                                  | Yearly                                   |         |        |  |  |   |      |         |        |
| Free                                     | Reduced  | Denied                                   |  |  |         |        |  |  |   |      |         |        |
| Determining Official's Signature         | Date   | Confirming Official's Signature          | Date                                     | Verifying Official's Signature           |         |        |  |  |   |      |         |        |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/>   | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |         |        |  |  |   |      |         |        |

| Fuentes de ingresos para menores  |   |
|---|---|
| Fuentes de ingresos de los menores  | Ejemplo(s)  |
| - Ingresos provenientes del trabajo   | - Un menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario  |
| - Seguridad social<br>- Pagos por discapacidad<br>- Beneficios de supervivencia | - El menor es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social<br>- El padre o la madre es discapacitado, está jubilado o falleció y su hijo recibe prestaciones de la Seguridad Social |
| - Ingresos de la persona ajena al grupo familiar                                | - Un amigo o un miembro de la familia extendida da dinero habitualmente al menor para sus gastos  |
| - Ingresos de cualquier otra fuente   | - Un menor recibe ingresos frecuentes de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso  |

| Fuentes de ingresos para adultos  |   |   |
|---|---|---|
| Ingresos provenientes del trabajo   | Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de menores   | Pensiones/Jubilación /Otros ingresos  |
| - Sueldos, salarios, bonos en efectivo<br>- Ingresos netos provenientes del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)<br><br>Si está en los EE.UU. Militares:<br>- Pago básico y bonos en efectivo (NO incluyen el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)<br>- Subsidios de alojamiento fuera de la base alojamiento, comida y ropa | - Prestaciones de desempleo<br>- Compensación laboral<br>- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<br>- Ayuda en efectivo del gobierno estatal o local<br>- Pensiones alimenticias<br>- Pagos de manutención de menores<br>- Beneficios para veteranos<br>- Prestaciones de huelga | - Seguridad Social (incluida la jubilación ferroviaria y las prestaciones por pulmón negro)<br>- Pensiones privadas o prestaciones por invalidez<br>- Ingresos frecuentes de fideicomisos o herencias<br>- Anualidades<br>- Ingresos por inversiones<br>- Intereses devengados<br>- Ingresos por alquileres<br>- Pagos habituales en efectivo que no provienen del grupo familiar |

**OPCIONAL** Identidades Raciales y Étnicas de los Menores

Tenemos la obligación de pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a cerciorarse que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Etnia (marque una):  Hispano o latino  No hispano o latino

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

**LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS**

| Tamaño del grupo familiar                            | Anual  | Mensualmente | Dos veces al mes | Cada dos semanas | Semanal |
|--|--------|--------------|------------------|------------------|---------|
| 1  | 25.142 | 2.096        | 1.048            | 967              | 484     |
| 2  | 33.874 | 2.823        | 1.412            | 1.303            | 652     |
| 3  | 42.606 | 3.551        | 1.776            | 1.639            | 820     |
| 4  | 51.338 | 4.279        | 2.140            | 1.975            | 988     |
| 5  | 60.070 | 5.006        | 2.503            | 2.311            | 1.156   |
| 6  | 68.802 | 5.734        | 2.867            | 2.647            | 1.324   |
| 7  | 77.534 | 6.462        | 3.231            | 2.983            | 1.492   |
| 8  | 86.266 | 7.189        | 3.595            | 3.318            | 1.659   |
| Por cada miembro adicional del grupo familiar, añada | 8.732  | 728          | 364              | 336              | 168     |

La tabla de la izquierda muestra los lineamientos de los precios reducidos. Sus hijos pueden tener derecho a comidas escolares gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su grupo familiar están dentro de los límites de esta tabla.

La Ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere la información presente en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un hijo de acogida o cuando indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (3SquaresVT), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Reach Up) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o cualquier otro identificador del FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de la seguridad social. Usaremos su información para determinar si su hijo tiene derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar los incumplimientos de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y de los EE.UU. De acuerdo con las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (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 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>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con detalles suficientes para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha del supuesto incumplimiento de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser enviados al USDA por: (1) correo postal: Departamento de Agricultura de EE.UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.