

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

*UN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR ES CUALQUIER MENOR O ADULTO QUE VIVA CON USTED.*

### SI SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS SNAP O TANF, O FDPIR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1. Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño.
  - Parte 2. Liste el número de caso de cualquier miembro de la unidad familiar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR.
  - Parte 3. Ignore esta parte.
  - Parte 4. Ignore esta parte.
  - Parte 5. Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
  - Parte 6. Responda esta pregunta solo si desea.
- 

### SI NINGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS SNAP O TANF, Y CUALQUIERA DE LOS NIÑOS DE SU UNIDAD FAMILIAR ESTÁ DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1. Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño.
  - Parte 2. Ignore esta parte.
  - Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a Cherokee County, Dr. Nicole Holmes al 770-479-1871, o el coordinador de Piedmont Mirgrant Education Agency al 770-536-5717.
  - Parte 4. Complete únicamente si uno de los niños de su unidad familiar no califica conforme a la Parte 3. Vea las instrucciones para Todas las Demás Unidades Familiares.
  - Parte 5. Firme el formulario. Si no tuvo que completar la Parte 4, no es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
  - Parte 6. Responda esta pregunta solo si desea.
- 

### SI SOLICITA EN NOMBRE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

#### **Si todos los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:**

- Parte 1. Liste a todos los hijos de crianza y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza.
- Parte 2. Ignore esta parte.
- Parte 3. Ignore esta parte.
- Parte 4. Ignore esta parte.
- Parte 5. Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
- Parte 6. Responda esta pregunta si desea.

#### **Si algunos de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:**

- Parte 1. Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluídos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos". **Si el niño es un hijo de crianza, marque la casilla correspondiente.**
- Parte 2. Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.
- Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a Cherokee County, Dr. Nicole Holmes al 770-479-1871, o el coordinador de Piedmont Mirgrant Education Agency al 770-536-5717. De no ser así, ignore esta parte.
- Parte 4. Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.
  - Casilla 1 – Nombre: Liste a todos los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos.
  - Casilla 2 – Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero – semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para ganancias, asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina , o puede preguntarle a su jefe.

**Para otros ingresos**, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pension alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad.

**Bajo Todos los Demás Ingresos**, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE par alas personas que trabajan por cuenta propia, bajo Ganancias del Trabajo, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a sun negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5. Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (obien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6. Responda esta pregunta solo si desea.

---

## **LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, ENTRE ELLAS LAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:**

Parte 1. Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice “No tiene ingresos”.

Parte 2. Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3. Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a Cherokee County, Dr. Nicole Holmes al 770-479-1871, o el coordinador de Piedmont Mirgrant Education Agency al 770-536-5717. De no ser así, ignore esta parte..

Parte 4. Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totals de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

**Casilla 1 – Nombre:** Liste a todos los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos.

**Casilla 2 – Ingreso brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero – semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para declarar ingresos, asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.

**Para otros ingresos**, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad.

**Bajo Todos los Demás Ingresos**, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE par alas personas que trabajan por cuenta propia, bajo Ganancias del Trabajo, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a sun negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5. Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6. Responde esta pregunta solo si desea.

\*Las solicitudes incompletas serán devueltas y atrasarán el proceso de aprobación. Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar la solicitud o sobre el Programa de Comidas Gratis/Reducido por favor póngase en contacto llamando al 770-721-8443.

**Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Nombres de <u>todos</u> los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del Segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Grado	Identificación del Estudiante	Fecha de nacimiento	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si no tiene ingresos

**Parte 2. BENEFICIOS**

Si cualquier miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR, anote el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios y pase directamente a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, pase directamente a la Parte 3. Nombre: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

**Parte 3.** Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a Dr. Nicole Holmes, el contacto para estudiantes sin hogar, en el 770-479-1871 o el coordinador de Piedmont Migrant Education Agency al 770-536-5717 para verificar si sus hijos califican.  Emigrante  Sin Hogar  Abandonó su Hogar

**Parte 4. Ingresos totales brutos de la unidad familiar. Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.**

1. Nombre (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	2. Ingreso bruto y con qué frecuencia. Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales					3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones (Ejemplo) \$200/semanales	Beneficencia pública, manutención de menores, pension alimenticia (Ejemplo) \$200/mes	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA (Ejemplo) \$200/mes	Ingresos del Estudiante	Todos los demás ingresos	

**Parte 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)**

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.) Certifico (proemto) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declare todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijo podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme Aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\* \*\* \* - \*\* \* - \_\_\_\_\_ O No tengo número de Seguro Social  E-Mail \_\_\_\_\_

**Parte 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

Elija una o más (independientemente del grupo étnico):  
 Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  Hispano Latino  
 Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico  De raza negra o Afro-Americano  No Hispano ni Latino

**NO LLENE ESTA PARTE. ES 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

Income _____ per _____	Eligibility Determination Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Reason, if denied: _____	Determining Official's Signature: _____ Date: _____
Household Size _____		Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
SNAP/TANF <input type="checkbox"/> OR Foster <input type="checkbox"/>		Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS Para el Año Escolar 2016-2017					
Tamaño de la unidad familiar	Annual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	21,978	1,832	916	846	423
2	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	52,614	4,385	2,193	2,024	1,011
6	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Cada persona adicional:	+7,696	+642	+321	+296	+148

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explique qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. “De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.”