

Lake County School District R-1 2023-2024 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Lake County School District R-1 (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento						Grado	Marque todas las que apliquen. Lea Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido para más información.	Niño de Acogida					
			M	M	D	D	A	A			Head Start	Bajo Custodia Temporal	Sin Hogar	Migrante		

PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

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 (omite 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						
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					
	\$						\$						\$						\$					

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: Leslee Torsell, CCHS, 315 W. 6th Street, Leadville, CO 80461

"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 puedan 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".

Dirección postal o PO Box		# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico	
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 se utilizará junto con los programas educativos estatales y es posible que se comparta con las oficinas de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP). Por favor, marque la casilla para excluirse: **NO comparta información con Medicaid/SCHIP**
 Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proporcionó en este formulario se podrá compartir con otros programas para los cuales sus hijos puedan calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Rellenar esta sección del formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. **Su información NO SE COMPARTIRÁ a menos que marque una de las casillas siguientes:**

Por favor, comparta mi información con los siguientes programas que he marcado: Examen de Colocación Avanzada (AP) y/o Cuotas de Libros (AP) Examen de Aceleración de Oportunidades Universitarias y/o Cuotas de Libros Departamento de Atletismo

Vea el reverso de la solicitud

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.

Etnica (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

Línea Directa de Recursos de Comidas
¡LLÁMENOS HOY! LÍNEA ESTATAL **855-855-4626**
METRO DENVER **720-382-2920**

HUNGER FREE COLORADO HungerFreeColorado.org

La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.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:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Colorado PEAK es un servicio en línea para los residente de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.
Para conocer más, visite coloradopeak.force.com

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: <input type="checkbox"/> Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____ Household Income Frequency - <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> 2x/Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility - <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway/Head Start	Application Status: Approved - <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced Denied - <input type="checkbox"/> Over Income Guidelines <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing: _____ Notes: _____
---	---

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent:

