



# 2022-2023 SOLICITUD PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS MASSACHUSETTS

Si usted ha recibido un **AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA – GRATUITA** de la escuela para recibir comidas gratuitas, **NO** complete esta solicitud. Si usted ha recibido el **AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA – PRECIO REDUCIDO** de la escuela, para recibir comidas de precio reducido usted puede presentar esta aplicación. Notifique a la escuela si algún niño en el hogar no aparece en la carta **De Aviso De Certificación Directa - GRATUITA** que recibió.

## PASO 1 Enumere todos los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 (si requiere más espacios para mas nombres, adjunte otra hoja de papel)

**Definición de Miembro De La Familia:** "Cualquier persona que vive con usted y que comparte ingresos y gastos, incluso sin ser "pariente". Niños **de Crianza** y niños que cumplen con la definición de **Sin Techo, Migrantes, o En Fuga** son elegibles para recibir comidas gratis. Para más información lea **Cómo Aplicar Para Recibir Comidas Escolares Gratuitas y a Precios Reducido**.

Primer nombre del niño	I	Apellido del niño	Nombre de la escuela	Grado	¿Estudiante? Circule Sí o No	Acogida Temporal	Sin Techo	Migrante	Fugado
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					S N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PASO 2 ¿Participa en la actualidad en uno o más de los siguientes programas de asistencia cualquier miembro del hogar (incluyéndose Ud.): SNAP, TANF o FDPPIR?

Escriba su número de **identificación de la agencia** aquí y vaya al **PASO 4 (NO complete PASO 3)**

**Número del EBT no aceptado La carta de adjudicación de SNAP puede ser solicitada**

No. de Identificación de la agencia: \_\_\_\_\_

## PASO 3 Reporta los Ingresos de TODOS los miembros del Hogar (Omita este paso si usted respondió 'Sí' en el PASO 2)

Revise las tablas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información. El cuadro "Fuentes de ingresos para los niños" le ayudará con la sección de ingreso del niño. El cuadro "Fuentes de ingresos para los adultos" le ayudará con la sección de todos los miembros del hogar adultos.

### A. Ingresos del niño

A veces los niños en el hogar tienen ingresos. Por favor incluya el TOTAL de ingresos obtenido por todos los miembros del hogar en el Paso No. 1 aquí:

Ingresos del niño	¿Frecuencia?			
	Semanal	Quincena	2x Mes	Mensual
\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B. Todos los adultos que son miembros del hogar (incluyéndose Ud. mismo)

Enumere todos los miembros del hogar que no aparecen en el PASO 1 (incluyéndose Ud.) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar en la lista, si reciben ingresos, presente los ingresos totales de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si coloca un '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no recibe ingreso en el reporte.

#### Nombres de Miembros Adultos (Primero y Apellido)


Ingresos por trabajo	Frecuencia			
	Semanal	Quincena	2x Mes	Mensual
	<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"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención	Frecuencia			
	Semanal	Quincena	2x Mes	Mensual
	<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"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensión / jubilación / otros ingresos	Frecuencia			
	Semanal	Quincena	2x Mes	Mensual
	<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"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total número de miembros en el hogar (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Seguro Social (SSN) del recipiente u otro Adulto Miembro del Hogar

XXX-XX-\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene SSN

## PASO 4 Información para contacto y firma del adulto Envíe el formulario completado por correo a: Food Service Department, 115 A Street, Framingham, MA 01701

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido divulgados. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales, y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente que si deliberadamente doy información falsa, mis niños perderán los beneficios de comida, y yo puedo ser encausado bajo las aplicables leyes estatales y federales.

Dirección calle (si hay disponible) Apt #

Ciudad Estado Zip

Teléfono durante el día y Email (opcional)

Nombre en letra imprenta del adulto quien completa el formulario

Firma del adulto

Fecha Error prone

**INSTRUCCIONES**

**Fuentes de ingresos**

Fuentes de ingresos para el niño	
Fuentes de ingresos para el niño	Ejemplo(s)
- Ingresos por trabajos	- Un niño tiene un trabajo a tiempo completo o parcial donde gana un sueldo o salario
- Seguro social <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagos por discapacidad</li> <li>- Beneficios de sobrevivientes</li> </ul>	- Un niño es ciego o incapacitado y recibe beneficios del Seguro Social - Un pariente está incapacitado, jubilado o fallecido, y su niño recibe beneficios de Seguro Social
- Ingreso por parte de personas fuera de la casa	- Una amistad o miembro familiar le da con regularidad a un niño dinero para gastar
- Ingreso que vengan de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingreso regular de un fondo de pensiones privado, anualidad o confianza

Fuentes de ingresos para adultos		
Ingresos por trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención	Pensión / jubilación / otros ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sueldos, salarios, bonificaciones en efectivo</li> <li>- Ingresos netos de auto empleo (finca o negocio)</li> </ul> Si está en el ejército de Estados Unidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El pago básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, la FSSA o subsidios de vivienda privatizados)</li> <li>- Subsidios de vivienda fuera de la base, alimentos y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compensación de desempleo</li> <li>- beneficios a trabajadores</li> <li>- asistencia en efectivo de ingresos de seguro social suplementario (SSI)</li> <li>- ingresos del estado o gobierno local</li> <li>- pensión alimenticia</li> <li>- manutención</li> <li>- beneficios de veteranos</li> <li>- beneficios de huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro social (incluyendo beneficios de jubilación y pulmón negro del ferrocarril)</li> <li>- Las pensiones privadas o beneficios por incapacidad</li> <li>- Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones</li> <li>- Anualidades</li> <li>- Ingresos de inversiones</li> <li>- Intereses recibidos</li> <li>- Ingresos por arriendos</li> <li>- Pagos en efectivo regulares exteriores</li> </ul>

Translations are a courtesy of FPS. Translators are not responsible for the content of the document. RTZ- 6/29/2016

**OPCIONAL Identificación racial y étnica del niño**

Estamos obligados a pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurar de que estamos totalmente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su niño para las comidas gratis o a precio reducido.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano ó Latino    | <input type="checkbox"/> Indígena Americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> Indígena Hawaiano u otro Isleño Pacífico |
| <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | <input type="checkbox"/> Asiático                       | <input type="checkbox"/> Blanco                                   |
|  | <input type="checkbox"/> Africano- Americano            |   |

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 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; o
- correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Solo para uso escolar ( for school use Only)**

**2022-2023 Massachusetts Application for Free and Reduced Price School Meals**

Total Income

Household Size

**Annual Income Conversion:**

Weekly	x 52
Every 2 Weeks	x 26
Twice A Month	x 24
Monthly	x 12

Only annualize income if there are multiple pay frequencies

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Annually
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Categorical Eligibility

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date