Instrucciones para llenar la solicitud - 2008-09

Use una solicitud por separado para cada **NIÑO BAJO ADOPCIÓN TEMPORAL**. Haga una lista con todos sus otros hijos juntos

Si usted está llenando una solicitud para un NIÑO BAJO ADOPCIÓN TEMPORAL siga estas instrucciones:
Parte 1: Escriba el nombre del niño, de la escuela y el grado escolar.
Parte 2: Escriba el ingreso mensual para uso personal del niño, si lo tiene.
Parte 3: Salte esta parte.
Parte 4: Firme la solicitud. No es necesario el número de seguro social.

Si su familia recibe ESTAMPILLAS DE COMIDA O AYUDA FINANCIERA DEL GOBIERNO PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), siga estas instrucciones:
Parte 1: Escriba el nombre del niño, de la escuela, grado escolar, y EDG# (número del grupo de dlegibilidad) para estampillas de comida o TANF.
Parte 2: Salte esta parte.
Parte 3: Salte esta parte.
Parte 4: Firme la solicitud. No es necesario el número de seguro social.

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, siga estas instrucciones:
Parte 1: Haga una lista con el nombre de cada niño, de la escuela, y grado escolar. **Opcional (número de seguro social, identificación del estudiante o fecha de nacimiento)**
Parte 2: Salte esta parte.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar los ingresos del mes pasado de la familia.

Columna 1 - Nombre: Escriba el apellido, primer nombre e inicial de segundo nombre de **cada** persona que vive en su casa, parientes o no) como abuelos, otros parientes o amigos). Usted escriba también su nombre, y el de todos los niños. Use una hoja de papel en blanco, si es necesario.

Columna 2 - Ingresos y cada cuando los recibe: Por cada persona que reciba un sueldo o ingresos, escriba la cantidad y cada cuando la recibe - semanales (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T) o mensuales (M).

Ingresos por empleo: Escriba los **ingresos brutos** de cada persona No es la misma cantidad de dinero que lleva a casa. **El ingreso bruto es la cantidad de dinero que gana antes de las deducciones de impuestos.** Debe estar descrita en su recibo de sueldo o su jefe puede decírselo. Junto a la cantidad, escriba cada cuando los recibe - semanales (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T) o mensuales (M).

Otro ingreso: Escriba la cantidad que recibe cada persona de **cualquier otra fuente.** Incluya la ayuda financiera del gobierno, manutención de los hijos, de la esposa(o), pensiones, jubilación, seguro social, compensación de trabajadores, desempleo, beneficios de huelga, ingresos suplementarios del seguro (SSI), beneficios a veteranos (beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de la gente que no viven en su casa o CUALQUIER OTRO INGRESO. Reportar su ingreso neto si tiene su negocio propio, granja o ingresos de renta. Después de la cantidad escriba cada cuando lo recibe esa persona.

Columna 3 - Marque no tiene ingreso: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque el cuadro.

Parte 4: Un adulto miembro de la familia debe firmar la forma y escribir su número de seguro social, marque el cuadro si no tiene este número.

Declaración del Acta de Privacidad: Ésta explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione. El Acta nacional de comidas escolares exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratis o a precio bajo para sus hijos. El número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud es necesario, a menos que escriba el número de elegibilidad del grupo para Estampillas de comida o TANF o si está llenando la solicitud para un niño bajo adopción temporal. Usted debe marcar el cuadro "no tengo número de seguro social" si el adulto de la familia que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Nosotros USAREMOS su información para saber si sus hijos son elegibles para las comidas gratuitas o a precio bajo, para operar el programa y ejecutar las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de no-discriminación: Ésta explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura, esta institución prohíbe la discriminación por motive de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor que ofrece la igualdad de oportunidades.

Solicitud de Niños Múltiples para comidas escolares gratuitas o a precio bajo para 2008-09

Galena Park Independent School District **Distrito/Estatuto Escolar**

Parte 1. Niños en la escuela (*Use una solicitud por separado para cada niño bajo adopción temporal.*)

Escriba el nombre de todos sus hijos en la escuela (apellido, primer nombre, e inicial segundo nombre)	Nombre de la escuela	Número de seguro social, ID del estudiante o fecha de nacimiento (**OPCIONAL**)	Grado	Grupo de elegibilidad # de Estampillas de comida o TANF (si lo tiene)*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Si escribió el número del grupo de elegibilidad de Estampillas de comida/TANF, pase a la parte 4.

Parte 2. Niño bajo adopción temporal

Si esta solicitud es para un niño bajo la responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o una corte, marque una X en el cuadro ❑ y escriba la cantidad de ingreso mensual del niño para uso personal: $ _____. Salte a la Parte 4.

Parte 3. Miembros de la familia e ingresos brutos del mes pasado *(haga una lista de las personas en la casa. Por cada persona que recibe ingresos, escriba la cantidad que recibe y cada cuando la recibe.*)

1. Nombre. (Haga una lista de **todos** los que viven en la casa.)	**2. Ingresos y cada cuando los reciben.** Semanales (W), Cada 2 semanas (E), Dos veces al mes (T), Mensuales (M).				**3. Marque una X si NO recibe ingresos**
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	**Asistencia social, manutención de los hijos/ex-esposa**	**Pensión, jubilación, Seguro Social**	**Otro**	
Ejemplo: Smith, Jane B.	**$200/E**	**$50/M**			❑
1.					❑
2.					❑
3.					❑
4.					❑
5.					❑
6.					❑
7.					❑
8.					❑
9.					❑

Parte 4. Firma y número de Seguro Social (*Un adulto debe firmar.*)

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si llenó la parte 2, el adulto que firma la forma también debe escribir su número de seguro social o marcar una X en el cuadro donde dice "No tengo número de seguro social". (Leer la página de la Declaración del Acta de Privacidad en las instrucciones par llenar la solicitud".)

Yo certifico y juro que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos mis ingresos están reportados. Entiendo que la escuela recibe fondos federales basados en la información que yo proporcione. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si he dado información falsa a sabiendas, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser llevado a juicio.

Firme aquí: _____ Fecha: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ ❑ No tengo número de seguro social.

Nombre (letra de molde): _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: TX Zona postal: _____

Do not fill out this part. For school use only.

Multiple income frequencies **must** be converted to annual amounts and combined to determine household income. If converting household income to annual amounts, round only the final number. **Do not** convert if the household provides only one income frequency.

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

Household Income: _____ Household Size: _____ FS/TANF: _____ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free: _____ Reduced: _____ Denied: _____ Reason: _____

Temporary: Free: _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)

Reviewing Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

Solicitud de multiuso para comidas gratuitas o a precio bajo para 2008-09 - hoja de continuación

Parte 1. Niños en la escuela - hoja de continuación

Nombres de todos los niños en la escuela (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Nombre de la escuela	Número de seguro social, identificación del estudiante o fecha de nacimiento (**OPCIONAL**)	Grado	Grupo de elegibilidad # para Estampillas de comida o TANF (si lo tiene)
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Parte 3. Miembros de la familia e ingresos brutos del mes anterior (*Escriba una lista de las personas que viven en la casa y reciben ingresos. Escriba la cantidad recibida y cada cuando la reciben.*)

1. Nombre. (Lista de **todas** las personas de la casa.)	**2. Ingresos y cada cuando los reciben.** Semanales (W), Cada 2 semanas (E), Dos veces al mes (T), Mensuales (M).				**3. Marque si NO recibe ingresos**
	Ganancias de su trabajo antes de las deducciones	**Asistencia pública, manutención de los hijos/ex-esposa**	**Pensión, jubilación, Seguro social**	**Otro**	
10.					❑
11.					❑
12.					❑
13.					❑
14.					❑
15.					❑
16.					❑
17.					❑
18.					❑
19.					❑
20.					❑
21.					❑

Declaración del Acta de Privacidad: Ésta explica cómo usaremos la información que usted nos proporcione. El Acta nacional de comidas escolares exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratis o a precio bajo para sus hijos. El número de seguro social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud es necesario, a menos que escriba el número de elegibilidad del grupo para Estampillas de comida o TANF o si está llenando la solicitud para un niño bajo adopción temporal. Usted debe marcar el cuadro "no tengo número de seguro social" si el adulto de la familia que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Nosotros USAREMOS su información para saber si sus hijos son elegibles para las comidas gratuitas o a precio bajo, para operar el programa y ejecutar las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de no-discriminación: Ésta explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura, esta institución prohíbe la discriminación por motive de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor que ofrece la igualdad de oportunidades.