

Devuelva la solicitud completa a: **GIPS 123 S Webb Rd PO BOX 4904 Grand Island, NE 68802 308-385-5900**

Parte 1: Niños en la Escuela

Haga una lista de todos los niños en la escuela (Primer nombre, inicial del Segundo nombre, Apellido). Si todos los niños son de adopción temporal, pase a la Parte 4 para firmar el formulario. Si algunos niños son de adopción temporal o son niños sin hogar, migrantes o abandonaron el hogar, complete todos los pasos de la aplicación.	Grado	Nombre de la Escuela a la Que el Niño Asiste	Marque todo lo que corresponda:	
			Niño en Adopción Temporal	Sin hogar, Migrante, dejó el hogar
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Programas de Asistencia – Beneficios de SNAP, TANF o FDIPIR

Anote el **NÚMERO DE CASO PRINCIPAL** si el hogar califica para **SNAP, TANF o FDIPIR**: (No se acepta el número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios EBT. Pase a la Parte 4.)

Parte 3: Total de Ingreso Bruto del Hogar --Debe reportar cuanto y con cuanta frecuencia

1. Miembros del Hogar Haga una lista de TODOS en el hogar, el ingreso actual que cada persona gana en dólares entero (sin centavos) y con que frecuencia. Ingresar "0" o dejar en blanco no certifica ningún ingreso para reportar. El ingreso de uso personal de un niño adoptivo debe ser incluido	1. Ingreso bruto (sin impuestos) y con Qué Frecuencia se Recibió					
	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Con que Frecuencia	Ingreso	Con que Frecuencia	Ingreso	Con que Frecuencia

Número total de miembros de Hogar: (Niños y Adultos) _____ **Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del adulto que firma este formulario:** XXX – XX – _____ **Marque esta opción si no tiene SSN**

Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto del hogar debe firmar la aplicación.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se ha reportado todo el ingreso. Comprendo que esta información se proporciona en relación con el recibo de fondos Federales y que el personal escolar puede verificar (revisar) la información. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentos, y yo podría ser procesado en bajo las leyes Estatales y Federales aplicables".

Firme aquí: _____ **Nombre en letra de molde:** _____ **Fecha:** _____

Dirección (si está disponible): _____ **Código postal:** _____ **Teléfono durante el día:** _____

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Marcar una identidad étnica: - y - **Marcar una o más identidades raciales:**

Hispano o latino
 asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 No hispano ni latino
 Blanco
 Indio americano o nativo de Alaska

No complete la sección siguiente (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

Total Household Size: _____

Total Income: _____ per _____

Year
 Month
 2 X Mo
 Every 2 Wks
 Week

Free
 Reduced
 Denied

Income
 Categorically eligible:

SNAP/TANF/FDIPIR
 Foster Child

Reason for denial:
 Income too high
 Incomplete application

Date withdrawn from school: _____

Signature of Determining Official: _____ Date Approved: _____

PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:

Signature of Confirming Official: _____ Date Confirmed: _____

Signature of Verifying Official: _____ Date Verified: _____

Family app # _____

Es posible que sus hijos califiquen para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido si su ingreso del hogar se encuentra en el límite o debajo de los límites que se detallan en esta gráfica.

CUADRO DE INGRESO FEDERAL para el año escolar 2021-22					
Cantidad de miembros del Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	23,828	1,986	993	917	459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
Cada persona adicional:	8,399	700	350	324	162

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información que aparece en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba alimentos gratuitos o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted envía la solicitud a nombre de un niño en adopción temporal, si indica el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir alimentos gratuitos o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento del programa de almuerzo y desayuno. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar y determinar los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones del programa, y con personal de fuerzas de seguridad para ayudarles a investigar infracciones en los reglamentos del programa.

De acuerdo con las regulaciones y políticas de los derechos civiles de la Ley Federal de Derechos Civiles y del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen según raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o tomen represalias por una actividad anterior sobre los derechos civiles en cualquiera de programa o actividad manejada o patrocinada por el USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para conocer la información del programa (es decir, Braille, letra grande, video con audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio Federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además de Inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa del USDA (AD-3027). Encuéntrelo en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina de USDA o escriba una carta a USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Si desea obtener una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta 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

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.