

**2024-25 Escuelas del Condado de Orange Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido por Hogar (Rellene una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo).**

Por favor, devuélvalo a: **Escuelas del Condado de Orange, 200 East King Street, Hillsborough, NC 27278, (919) 245-4002**

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del hogar					NOTA: Para más información sobre las "Fuentes de ingresos de los NIÑOS/ESTUDIANTES" y la frecuencia de los ingresos, véanse los cuadros de la página 2 (o del reverso) de esta solicitud.				B. Programas de Asistencia		
1) Indique los nombres de <b>TODOS LOS INFANTES, NIÑOS y ESTUDIANTES</b> de la unidad familiar hasta el 12º grado inclusive.		Si procede, introduzca el nombre de la escuela en la que está inscripto el estudiante y su grado actual por cada ESTUDIANTE de la unidad familiar.		Si procede, por favor <b>Marque</b> si un NIÑO/ESTUDIANTE es: <b>H-Sin Hogar</b> <b>M- Inmigrantes</b> <b>R-Refugiado</b> <b>F-De Acogida</b>		INGRESOS POR HIJOS/ESTUDIANTES Ingresos del trabajo <b>INTRODUZCA</b> el importe total de los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) en sólo en dólares enteros. (\$000)		INGRESOS POR HIJO/ESTUDIANTE de todas las demás fuentes		¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: FNS, WorkFirst/TANF o FDIR? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
Nombres y Apellidos	Marque Uno:	Nombre de la Escuela	Grado		INGRESOS BRUTOS	MARQUE Frecuencia	Ingreso	MARQUE Frecuencia	En caso afirmativo, indique el número de caso (sólo uno)		
	S O			H M R F	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	Número del Caso: <input type="text"/>		
	S O			H M R F	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	Luego PASE a la SECCIÓN E.		
	S O			H M R F	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual			
	S O			H M R F	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual			

C. Miembros ADULTOS del hogar		1) Por CADA ADULTO miembro de la unidad familiar(incluido usted mismo) <b>INTRODUZCA TODOS</b> los tipos e importes de ingresos BRUTOS percibidos. <b>Introduzca</b> un "0" para indicar que <b>NO TIENE INGRESOS</b> cuando proceda. Si un campo de ingresos se deja en blanco certifica que no hay ingresos que declarar. (2) UTILICE sólo importes enteros en dólares (no céntimos) (ej. 1000). <b>NOTA:</b> Para más información sobre "Fuentes de Ingresos para ADULTOS" y la tabla de Frecuencia de Ingresos en la página 2 (al reverso) de esta solicitud.					
LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR (NOMBRE Y APELLIDOS) aunque no perciban ingresos.		Ingresos Brutos Ingresos por Trabajo	MARQUE Frecuencia	Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia/ Manutención	MARQUE Frecuencia	Pensiones/ Jubilación/ Otros ingresos	MARQUE Frecuencia
Cabeza de Familia		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual
Otro Adulto		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual
Otro Adulto		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual
Otro Adulto		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual
Otro Adulto		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual	\$	Semanal Quincenal Mensual Bimensual

D. Total en el hogar y número de Seguro Social (SSN)	
INTRODUZCA AQUÍ el número total de miembros del hogar (niños y adultos)	<input type="text"/>
INTRODUZCA AQUÍ LOS CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL SSN (SÓLO para el cabeza de familia o el asalariado principal)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social	

E. Atestación: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales."					
Firma del cabeza de familia:	Fecha	Correo Electrónico:	Dirección:		
Nombre impreso:		Número de Contacto:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

F. Identidades étnicas y raciales de los niños (Opcional)	
SELECCIONE un grupo étnico:	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
SELECCIONE uno o más (independientemente de su origen étnico):	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Blanco	

For Office Use Only	Total Household Members:	Total Household Income:	per:
	<i>Income Conversion</i>		
<i>NOTE: If there are multiple income sources with more than one frequency, the SFA must annualize all income by multiplying:</i>			
Weekly (x52) <input type="checkbox"/> Biweekly (x26) <input type="checkbox"/> Monthly (x12) <input type="checkbox"/> Bimonthly (x24) <input type="checkbox"/> Annually			

<b>Eligibility Determination:</b> <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> No Cost <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied
Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date
Confirming Official's Signature & Date
Verifying Official's Signature & Date

Sources of Income

Fuentes de ingresos de los NIÑOS/ESTUDIANTES	
Fuentes de Ingresos	Ejemplos
• Ingresos procedentes del trabajo	• El menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que percibe un sueldo o salario
• Seguridad Social • Pagos por Incapacidad • Prestaciones de Supervivencia	• Un hijo es ciego o discapacitado y percibe prestaciones de la Seguridad Social • Un Progenitor es discapacitado, está jubilado o ha fallecido y su hijo percibe prestaciones de la Seguridad Social
• Ingresos procedentes de cualquier otra fuente	• Un hijo recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso.

Fuentes de ingresos para ADULTOS		
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de los hijos	Pensiones/Jubilaciones Otros ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldos, salarios, primas en metálico</li> <li>Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (explotación agrícola o empresarial)</li> </ul> <p><b>Si perteneces a las Fuerzas Armadas de EE.UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldo base y primas en metálico (NO incluye la paga de combate, el FSSA ni los subsidios de alojamiento privatizados)</li> <li>Subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestaciones de desempleo</li> <li>Indemnización laboral</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>Asistencia en metálico del Estado o local</li> <li>Pensiones alimenticias</li> <li>Pensiones alimenticias por Hijos</li> <li>Prestaciones para veteranos</li> <li>Prestaciones por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguridad Social (incluida la jubilación ferroviaria y prestaciones por pulmón negro)</li> <li>Pensiones privadas o prestaciones por invalidez</li> <li>Ingresos regulares procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>Rentas vitalicias</li> <li>Rentas de inversión</li> <li>Intereses devengados</li> <li>Ingresos por alquileres</li> <li>Pagos regulares en efectivo procedentes de fuera del hogar</li> </ul>

Frecuencia de ingresos

Semanal = Una vez por semana   Bisemanal = Cada dos (2) semanas  
Mensual = Una vez al mes   Bimensual = Dos veces al mes   Anual = Sueldo total al año

**Envíe esta Solicitud por Correo a ORANGE COUNTY SCHOOLS**  
**ATTN: STUDENT NUTRITION SERVICES**  
**200 EAST KING STREET**  
**HILLSBOROUGH, NC 27278**

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Usted 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 la seguridad social no son necesarios si presenta la solicitud en nombre de un hijo de acogida o si indica un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de la seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

**Declaración no discriminatoria del USDA**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas 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 (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de denuncia por discriminación en un programa del USDA), que puede obtenerse en línea en la siguiente dirección: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 cumplimentado o la carta deben enviarse al USDA antes del:

- Correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or
- fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- Correo Electrónico:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades

