

# Instrucciones para Llenar la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

**Brittney Lomax**

325-573-2628 Ext 104

Blomax@ira.esc14.net

Devuelva las solicitudes completas aquí: 6190 W FM 1606 Ira Tx 79527

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Entregue sola una solicitud por hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en el distrito escolar Use un **bolígrafo** (no un lápiz) si completa la solicitud a mano. Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. **Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.** Comuníquese con el distrito escolar al número o dirección de correo electrónico indicados anteriormente si tiene preguntas.

## Paso 1: Liste a todos los miembros del hogar, infantes, niños y estudiantes hasta el grado 12.

- Liste el nombre de cada niño.
  - Escriba en letra de imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.
  - Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.
- Marque la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante en el distrito escolar.
- Incluya el grado del niño si está en la escuela.
- Marque la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo.  
*La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Si va a entregar la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Paso 1, ignore las Pasos 2-3, y llene la Paso 4.*

## Paso 2: Participación en programa de elegibilidad.

- ¿Si algunos miembros del hogar (incluya a usted mismo) recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)?
  - Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, reporte el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio.
  - Si algún miembro del hogar recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), marque la casilla que indica su participación. El distrito escolar estará en contacto con usted para obtener documentación de su participación en este programa (FDPIR).
- Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDPIR ignore la parte 3, y llene la parte 4.
- Si algún miembro del hogar es un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo, ignore la parte 3, y llene la parte 4.

## Paso 3: Declare el ingreso de todos los miembros del hogar.

### Parte A. Los Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Adulto en el Hogar.

- Escriba los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN. *No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.*

### Parte B. Ingresos de los Adultos en el Hogar, (Incluya a Usted Mismo)

- Escriba el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios.
  - Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Sección D.
  - Incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. **No incluya** las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está siendo apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye una parte de sus ingresos propios al hogar.
- Reporte el monto de los ingresos que el adulto recibe en la columna apropiada (que indica el tipo del ingreso): Sueldo de trabajo, Asistencia pública/Manutención de niños/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguro social/SSI, Otros ingresos.
  - Reporte solo el ingreso bruto total y escríbalo en dólares totales (redondeados sin incluir centavos). El ingreso bruto es el monto que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y las deducciones. No es el dinero que lleva a casa. Asegúrese que el ingreso bruto reportado en la solicitud no se ha reducido por los impuestos, la prima de seguros, u otras deducciones. La tabla "Fuentes de Ingresos para Adultos" incluya información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud. Puede incluir los niños adoptivos temporales (foster children) como miembros del hogar, pero no se requiere.
  - Escriba "0" Si no hay ingresos que reporta. Si deja los espacios de ingresos en blanco, se considerarán como "0." Si pone un "0" o deja un espacio en blanco, está certificando (declarando) que no hay ingresos que reportar. Si se enteran los oficiales de la escuela que los ingresos del hogar se han reportado incorrectamente, la solicitud será verificada por causa.
    - Marque con un círculo la frecuencia en que se recibe el ingreso.  
W = Semanal, E = Cada 2 Semanas, T = Dos Veces por Mes, M = Mensual, A = Anual

### Parte C. Ingresos Combinados de los Niños del Hogar

- Reporte todos los ingresos regular por la frecuencia **para cada niño que recibe ingreso regulares** que listado en el Parte 1. Reporte los ingresos regular para cada niño. La tabla "Fuentes de Ingresos para Niños" (abajo) incluye información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud.

- No anualice los ingresos para determinar la elegibilidad a menos que se indique más de una frecuencia de ingresos.

**Parte D. Total de Miembros del Hogar**

- Reporte todos los niños y adultos que viven en el hogar. Este número TIENE que ser igual a el total de miembros del hogar que puso en el Paso 1 y el Paso 3. Es muy importante que ponga a todos los miembros del hogar ya que el número de miembros en el hogar determina su elegibilidad.

**Paso 4:** Ponga la información de contacto y firma (de adulto).

- Lea la declaración de certificación.
- Escriba su dirección actual y la información de contacto en los espacios. No se requiere el número de teléfono y/o un correo electrónico (son opcionales), pero nos ayudarían a ponernos en contacto con usted más rápidamente. *Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.*
- Escriba en letra de imprenta en el espacio el nombre del adulto que ha llenado la solicitud, firme la solicitud, y ponga la fecha de hoy en el espacio apropiado. *Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por el adulto del hogar quien ha llenado la solicitud. Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (declara) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. Antes de que llene esta sección, lea la declaración de privacidad y la declaración de derechos civiles al reverso de la solicitud.*

**SOLICITUD MULTIUSO – Paso 5 (Opcional)** Compartir información con otros programas.

- *Completar esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos de recibir comidas gratis o precio reducido de comidas.*
- Debes circule uno(s) de los programas o beneficios de la lista para proporcionar permiso para compartir su información de esta aplicación.

**SOLICITUD DE ESCUELA NO PUBLICO– Paso 5 (Opcional)** Raza y etnia.

- *Completar esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos de recibir comidas gratis o precio reducido de comidas.*
- Seleccione la etnia de su(s) hijo(s) (seleccione solo una de las opciones).
- Seleccione la raza de su(s) hijo(s) (seleccione todas las que correspondan).

**Devolución de solicitud**

- Regrese la solicitud a la dirección postal que figura en la página 1.

**Fuentes de ingresos para adultos**

Ingresos del Trabajo  
Tipos generales de ingresos

- Sueldo, pago, bonos en efectivo
- Pagos por huelga

Fuerzas Armadas de EE. UU

- Subsidios de vivienda/ ropa/ comida fuera de la base militar
- Pago (sueldo) básico y bonos en efectivo (no incluya el sueldo de combate, ni el FSSA, ni los subsidios privados de vivienda.)

Trabajador Independiente

- Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)— se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto

Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia  
(No ponga algún valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está indicado en la tabla.)

- La pensión alimenticia
- Asistencia en efectivo del gobierno local o del estado
- Pagos de manutención de niños – Si recibe ingreso de manutención de niños o de la pensión alimenticia, solo reporte los pagos recibidos por órdenes judiciales. Los pagos informales y regulares deben ser reportados como "Otros Ingresos" en la siguiente sección.
- Pago por desempleo
- Compensación laboral

Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI)

- Anualidades
- Ingreso de fideicomiso o de herencia
- Pensión privada o por discapacidad
- Seguro Social (incluya la jubilación de ferrocarriles y los pagos de la enfermedad pulmonar del minero)
- Seguro Social (SSI)
- Beneficios para Veteranos

Otros Ingresos

- Ingreso de Intereses
- Ingreso de Inversiones
- Pagos regulares en efectivo fuera del hogar
- Ingresos de Alquiler

**Fuentes de ingresos para niños**

Sueldo de Trabajo

- Por ejemplo: Un niño tiene un trabajo y gana un sueldo o pago.

Seguro Social. Beneficios por Discapacidad

- Por ejemplo: El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.

Seguro Social. Beneficios para Sobrevivientes

- Por ejemplo: El padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado, o fallecido, y su niño recibe beneficios del Seguro Social.

Ingresos de Otras Fuentes

- Por ejemplo: Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, de la anualidad, o un de un fideicomiso.

*Las pautas de elegibilidad de ingresos abajo se basan en el 185 % (reducido) de las pautas federales de pobreza y son efectivo del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025.*

Pautas de elegibilidad de ingresos					
Family Size	Annually	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,853	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
For each additional family member add:					
	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

# Solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

Brittney Lomax

6190 W FM 1606

Devuélvala a:

o Presente su solicitud en línea:

<https://www.ira.esc14.net/>

## PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.

Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

**Definición de Miembro del hogar:** "Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados."

Los niños **temporalmente adoptados** (foster), niños que satisfacen la definición de **migrantes, sin hogar**, (homeless), o **fugitivo**, (runaway) son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño/a

inicial del segundo nombre

Apellido(s) del niño/a

¿Estudiante?

Sí No

Grado

Head Start Foster Child Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar






Marque todas las opciones que correspondan.


## PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

**NO** → Continúe al PASO 3. **YES** → Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, n/a para FDPIR) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3) **Número de EDG**

## PASO 3 Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Paso 2).

**A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud:** XXX- XX-

Marque aquí si no tiene un SSN

**B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)**

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Nombre del Adulto  
(primer y apellido)

Sueldo de Trabajo

Frecuencia


\$
\$
\$
\$

W	E	T	M	A
<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asistencia Social/  
Manutención de niños /  
Pensión alimenticia

\$
\$
\$
\$

Frecuencia

W	E	T	M	A
<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensiones/jubilación/  
seguridad social/SSI/  
beneficios de la VA/  
todos otros ingresos

\$
\$
\$
\$

Frecuencia

W	E	T	M	A
<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar**

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1. Si corresponde, incluya los ingresos de los niños adicionales enumerados en la página 2. La conversión de frecuencia de ingresos está en la página 2.

Totales ingresos de los Niños

\$
----

W	E	T	M	A
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**D. Total de los miembros del hogar**

(los niños y adultos)

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal (si está disponible)	Apt #	Ciudad	Estado	Código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy

**NOMBRES ADICIONALES**

Liste los **niños** adicionales del hogar, sin liste en Paso

El primer nombre del niño/a


Inicial del segundo nombre


Apellido(s) del niño/a


¿Estudiante?

Sí	No
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grado


Head Start    Foster Child    Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar

Marque todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste los **adultos** adicionales del hogar, sin liste en Paso 3. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente.

Nombre del Adulto (primer y apellido)


Sueldo de Trabajo

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A
<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 Social/Manutención de niños/ Pensión alimenticia

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A
<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"/>

Pensiones/jubilación/seguridad social / SSI/ beneficios del VA/ todos otros ingresos

\$	
\$	
\$	

Frecuencia

W	E	T	M	A
<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"/>

**La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información 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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) 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; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**NO LLENAR. Solo para uso de la escuela.**

Annual Income Conversion: weekly x 52, every two weeks x 26, twice a month x 24, monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Household Size

--

Total Income

--

Frequency

W	E	T	M	A
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Categorical Determination

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Eligibility

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

Date Received

--

Date Withdrawn

--

Reviewing/Determining Official's Signature

--

Date

--

Confirming Official's Signature

--

Date

--