



Continuando de página 1

**Parte 3. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe.**

a. Nombres de TODOS los miembros de la familia (por favor, indique todos las personas que viven en su familia. Incluyendo los niños que se menciona arriba	b. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				c. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200/ semana	\$150/ mensual	\$100/ mensual	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
10.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
11.	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. La Identidad racial o étnica de su niños (opcional): Marque una o más de las identidades raciales**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático                       | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano Latino       |
| <input type="checkbox"/> Blanco                         | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico       | <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino |
| <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano |   | <input type="checkbox"/> Otro                 |

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con 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.

**No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.**

**Note:** Verification must be completed by **November 15**. Document all procedures below.

**Verification:**

Date Verification Notice Sent: \_\_\_\_\_  
 Date Response due From Household: \_\_\_\_\_  
 Date Second Notice sent: (follow-up) \_\_\_\_\_  
 Date Response Received \_\_\_\_\_

**Verification Results (Check One):**

- No Change
- Free to Reduced
- Free to Paid
- Reduced to Free
- Reduced to Paid
- Change in Food Stamp, and /or FDPIR

**Type of Confirmation (Check those that are applicable):**

- Wage Stub(s)
- Written documents (i.e., letter from employer)
- Food Stamp and/or FDPIR Certification
- Other \_\_\_\_\_

**Reason for Change (Check One):**

- Income
- Change in Food Stamp, and /or FDPIR
- Did Not Provide \_\_\_\_\_
- No Response

**Action:**

Date Adverse Notice Sent: \_\_\_\_\_

Date of Change: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**Signature of Verifying Official:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Confirmation Official/s:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Follow Up Official/s:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a **USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410** o llame al (800) 795-3272 (voz), (202) 720-6382 (TDD) o (202)-720-6382 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.