Montezuma-Cortez School District 2023-2024 Solicitud Para Comidas Gratis y Reducido Precio Escuela y Estudio De Datos Económicos Familiares

En las escuelas que **participan en la provisión comunitaria de elegibilidad (CEP)**, recibo de comidas escolares no depende de devolver este formulario de hogares. **En las escuelas no-CEP**, este formulario se utilizará para determinar la elegibilidad para las comidas escolares.Complete una sola solicitud por hogar. **Secciones obligatorio completado para los estudiantes en el CEP y non-CEP escuelas se describen abajo.** Favor de usar un bolígrafo.

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Montezuma-Cortez School Dostrict (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento M M	D D	A A	Grado	Niño de Acogida	Head Start	Fugitivo	Sin Hogar	Migrante

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Provea el número de caso y vaya al Paso 4.**

Número de caso SNAP | Número de caso TANF | Número de caso FDPIR

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

A. Ingresos del estudiante

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
$	○	○	○	○	○

B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombres de todos los otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual	Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual	Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○

Total de miembros del hogar (Estudiantes y adultos de los pasos 1 y 3)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' **SOLO si completó el Paso 3B. Este elemento no es necesario para las escuelas sólo CEP.** XXX-XX-

Marque si no tiene SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: Montezuma-Cortez School District

"Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información proporcionada puede ser usada en conexión con los programas educativos federales y estatales. En concreto, entiendo que el distrito escolar puede obtener financiamiento federal y / o estatal adicional basado en la información que he proporcionado. Al firmar abajo, estoy de acuerdo en que el estado de elegibilidad de mi hijo / a puede ser compartido para estos propósitos específicos y como lo permite la ley sin aviso y / o consentimiento específico. Entiendo que si esta información se da en conexión con el recibo de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y yo podré ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables ".

Dirección Postal o PO Box | # Apt o # Lote | Ciudad | CO | Código postal | Dirección de correo electrónico

Teléfono | **FIRMA** del miembro adulto del hogar | Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta | Fecha de hoy

PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud se utilizará junto con los programas educativos estatales y es posible que se comparta con las oficinas de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP). Por favor, marque la casilla para excluirse: t:

☐ **NO comparta información con Medicaid/SCHIP**

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proporcionó en este formulario se podrá compartir con otros programas para los cuales sus hijos puedan calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Rellenar esta sección del formulario no cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido. **Su información NO SE COMPARTIRÁ a menos que marque una de las casillas siguientes:**

Por favor, comparta mi información con los ☐ Examen de Colocación Avanzada ☐ Examen de Aceleración de Oportunidades ☐

OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnia (marque una): ☐ Hispano o latino ☐ Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

COLORADO PEAK

Colorado PEAK es un servicio en línea para los residente de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite **coloradopeak.force.com**

La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión 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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) 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; or
(2) fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Application Type:
☐ Total Household Income: $_____ Household Size:_____
Household Income Frequency - ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x/Month ☐Monthly ☐Annually

☐Categorical Eligibility - ☐SNAP ☐FDPIR ☐TANF ☐Foster
☐Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:
Approved - ☐Free ☐Reduced

Denied - ☐Over Income Guidelines ☐Incomplete/Missing:_____

Notes:_____

Determining Official Signature: Approval/Denial Date: Notification Sent: