

ESCUELAS DE JOHNSON CITY (AÑO 2021-2022) SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO EN LAS ESCUELAS

Office Use Only **PRIORITY**

Llene una solicitud por grupo familiar. Por favor use tinta negra o azul (no lápiz)

Paso 1

Liste **TODOS** los miembros de la familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (si necesita poner mas nombres adjunte una hoja de papel)

Primer nombre del Niño	Inicial	Apellidos del Niño	Fec Waiver No	Si	ESCUELA "NA" si no va a la escuela	(Escriba GRADO	Ingreso	Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						

PASO 2

Homeless Coordinator Signature/Date

Algún miembro de la familia (inclúso usted) participa en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANAF o FDPIR? Marque con un círculo: Sí / No

Si respondió NO, llene el PASO 3. Si respondió SÍ, escriba el número de caso aquí y vaya al PASO 4 en la PARTE DE ATRÁS de esta página. Número de caso: **NO ESCRIBA EL NÚMERO DE LA TARJETA EBT.**

PASO 3

Reporte el Ingreso de **TODOS** los Miembros del Grupo Familiar (No llene este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

B. Todos los Adultos Miembros del Grupo Familiar (inclúyase usted)

Indique **TODOS** los Adultos Miembros del Grupo Familiar que no escribio en el PASO 1 (incluyase usted) aunque no reciban ingresos. Indique el total de ingreso de cada Adulto Miembro del Grupo Familiar por cada tipo, en dólares (sin centavos). Si el Adulto no recibe ingresos de ningún tipo, escriba "0". Si usted escribe "0" o deja el espacio en blanco, usted está certificando que no hay ingreso que reportar.

Nombres de los Adulto Miembros del Grupo Familiar (Nombre y Apellidos)	Ingreso BRUTO por trabajo	¿Con qué Frecuencia?				Asistencia Publica/Child Support/Alimony	¿Con qué Frecuencia?				Pensiones/ Retiro/ Cualquier Otro Ingreso	¿Con qué Frecuencia?			
		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				

Total de Miembros del Gupo Familiar (Niños y Adultos)

Últimos 4 Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Miembro Principal del Grupo Familiar o el del que más gana.

Marque si no tiene Seguro Social

IMPORTANTE: LA Informacion de la persona que firma DEBE completarse en la parte de atrás.

PASO 4

Información para contacto y firma de un Adulto miembro del grupo familiar. --ESTA INFORMACION DEBE LLENARSE A FIN DE QUE LA SOLICITUD SEA CONSIDERADA Y PROCESADA.
a 100 East Maple Street, Johnson City, TN 37601

Devuelva esta solicitud a la escuela de su niño O envíela por correo/llévela

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información es dada con el propósito de obtener fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pudieran verificar (revisar) la información. Estoy consciente que si deliberadamente doy información falsa, mis niños pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser enjuiciado de conformidad con las leyes Federales y Estatales que apliquen."

Dirección (si esta disponible)

Apt. #

Ciudad

TN

Estado

Código Postal

Teléfono

Correo electrónico (opcional)

Nombre y Apellido (En letra de MOLDE)

Firma

Fecha

OPCIONAL Raza y Grupo Etnico de los Niños

Estamos obligados a solicitarle información acerca de la Raza y Grupo Etnico de sus niños. Esta información es importante y nos ayuda a tener la certeza de que estamos sirviendo plenamente nuestra comunidad. Su respuesta en esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para obtener comidas gratis o a precio reducido.

Grupo Etnico (Marque uno)

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Raza (Marque una o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Africano Americano

Nativo de Hawai o Islas del Pacífico

Blanco

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 figura en 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 figura en 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, fi 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 los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.
Discrimination Complaint Form: No 2027 disponible en línea en: <http://www.usda.gov/ocsp/2027form.htm>, o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(202) 690-7442; o

electrónico: program.intake@usda.gov.

institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

fax:

correo

Esta