2018-2019 Knox County School District Aplicación para Alimentos Gratuitos o a Precios Reducidos

Llene una aplicación por hogar. Favor de usar bolígrafo de tinta negra o azul (no utilizar lápiz).

Visite el sitio web: www.LunchApplication.com

PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar que sean niños y/o estudiantes hasta el grado 12 (si requiere más espacios para nombres adicionales agregue otra hoja de papel).

Niños **Desplazados bajo custodia** y niños calificados como **Sin Hogar, Migrantes, o que Abandonaron el Hogar** son elegibles para alimentos gratuitos. Lea **Como Aplicar para Alimentos Escolares Gratuitos o a Precios Reducidos** para mayor información.

Nombre del niño	MI	El apellido del niño	Grado	Almuerzo Estudiante #	Desplazado	Sin Hogar Migrante Abandono Hogar

Marque todo lo que aplique

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Se requiere de nosotros que le preguntemos acerca de las identidades raciales y étnicas de sus niños. Esta información es importante y ayuda a asegurar que nosotros estemos apoyando completamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para alimentos gratuitos o a precios reducidos.

Escoja un grupo étnico:

- ☐ Hispano/ Latino
- ☐ No de origen hispano/latino

Raza (Escoja una o varias):

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Raza Negra o Afroamericano
- ☐ Hawaiano o de alguna otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco

PASO 2 ¿Alguno de los Miembros del Hogar (incluyéndose a sí mismo) actualmente participa en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, FAMILIES FIRST?

Marque uno: Si / No

Si usted respondió NO > Llene el PASO 3

Si usted respondió SI > Escriba un número de caso

Número de Caso: ☐

← Escriba sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Reporte los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (Salte este paso si usted respondió 'Si' en el PASO 2)

Definición de **Miembro del Hogar**: "Cualquier persona que esté viviendo con usted y comparta ingresos y gastos, aún si no tiene parentesco." La sección de **Fuentes de Ingreso para Niños** le ayudará con la **pregunta Ingresos del Niño**. La sección de **Fuentes de Ingreso para Adultos** le ayudará con la sección de **Todos los Adultos Miembros** del Hogar.

A. Ingresos del Niño Algunos niños en el hogar pueden recibir ingresos. Favor de incluir aquí el TOTAL de ingresos obtenidos por todos los Miembros del Hogar listados en el PASO 1.

Los ingresos de los Niño $ ☐ ¿Con qué frecuencia? Semanal ○ Cada Dos Semana ○ 2x Mensual ○ Mensual ○

B. Anote todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a sí mismo) aún si ellos no reciben ingresos.

Por cada Miembro del Hogar listado, si ellos no reciben ingresos, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares sin centavos únicamente. Si ellos no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si usted escribe '0' o deja el espacio en blanco, usted certifica (bajo promesa) que no hay ingreso que reportar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingresos Laborales	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada Dos Semana	2x Mensual	Mensual	Asistencia Pública, Sustento a menores, Retribución del ex esposo/a	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada Dos Semana	2x Mensual	Mensual	Pensiones, Jubilación, Cualquier otro Ingreso	¿Con qué frecuencia? Semanal	Cada Dos Semana	2x Mensual	Mensual
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) ☐

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Asalariado Principal u Otro Miembro del Hogar XXX - XX - ☐

No tengo Número de ☐

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto responsable

"Certifico (prometo) que toda la información registrada en esta aplicación es verídica y todos los ingresos fueron registrados. Entiendo que esta información es otorgada en conexión a la entrega de fondos Federales y que los directivos de la escuela pueden verificarla.

Dirección (si está disponible) Apt # Ciudad: Estado Código Postal

Nombre del adulto que completó la forma Número de Contacto:

Firma del adulto que completó la forma Today's Date

De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés). Se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en la administración de programas de USDA discriminen en base a la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o en represalia o retaliación por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad dirigida o fundada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para recibir información del programa (por ejemplo: sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (Estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o su carta al 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; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.