# ***PAQUETE DE SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO***

Para materiales traducidos, visite [www.kn-eat.org](http://www.kn-eat.org), Programas de Nutrición Escolar, Administración, Traducción a Idioma Extranjero

Por favor utilice estas instrucciones para que le ayuden a completar su solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Debe presentar solamente **una** solicitud por grupo familiar, aún si sus niños asisten a más de una escuela enMoscow Public Schools. La solicitud debe estar totalmente completada para que sus niños sean certificados para comidas gratuitas o a precios reducidos.

¡Por favor siga estas instrucciones en orden! Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos en su solicitud. Si en cualquier momento duda acerca de qué hacer a continuación, por favor comuníquese con Moscow Public Schools.

POR FAVOR UTILICE UNA LAPICERA (NO UN LÁPIZ) CUANDO COMPLETE LA SOLICITUD Y HÁGALO EN LA LETRA MÁS CLARA POSIBLE.

**PASO 1: liste a todos los miembros de su grupo familiar que sean bebés, niños y estudiantes de hasta e incluso el grado 12**

Díganos cuántos bebés, niños y estudiantes en nivel escolar viven en su grupo familiar. NO necesariamente deben ser parientes suyos para ser parte de su grupo familiar.

**¿A quiénes debería listar aquí?**

Cuando complete esta sección, por favor incluya a todos los miembros de su grupo familiar que:

* Sean niños de 18 años de edad o menos y cuya subsistencia sea pagada con los ingresos del grupo familiar;
* Estén bajo su cuidado en arreglos sustitutos, o que califique como desamparado, inmigrante, o joven fugitivo;
* Sean estudiantes que asisten a Moscow Public Schools, *sin importar su edad.*

A) *Liste el nombre y la escuela de cada uno de los niños.* Para cada niño, escriba el primer nombre, la inicial del segundo nombre, el apellido y la escuela en letra de imprenta. Utilice una línea de la solicitud para cada niño. Si la cantidad de niños es mayor que la de líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información requerida para el resto de los niños.

B) *¿Es el niño un estudiante en Moscow Public Schools>?.* Marque ‘Sí’ o ‘No’ bajo la columna titulada “Estudiante” para informarnos cuáles niños asisten a Moscow Public Schools.

C) *¿Tiene usted algún niño en cuidado sustituto?* Si cualquiera de los niños listados es un niño en cuidado sustituto, marque el recuadro "Niño en Cuidado Sustituto" al lado del nombre del niño. Los niños en cuidado sustituto que viven con usted pueden ser considerados miembros de su grupo familiar y deben ser listados en su solicitud. Si usted está realizando la solicitud *solamente* para niños en cuidado sustituto, luego de completar el PASO 1, saltéese al PASO 3 de la solicitud y de estas instrucciones.

D) *¿Son algunos de los niños desamparados, inmigrantes o fugitivos?* Si usted considera que cualquiera de los niños listados en esta sección puede entrar dentro de esta descripción, por favor marque el recuadro “Desamparado, Inmigrante, Fugitivo” al lado del nombre del niño y complete todos los pasos de la solicitud.

**PASO 2: ¿PARTICIPA ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR (INCLUIDO USTED) ACTUALMENTE EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: ASISTENCIA ALIMENTARIA (FA), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS (TAF) O Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)?**

**Si cualquier persona en su grupo familiar participa en los programas de asistencia listados a continuación, sus niños son elegibles para comidas escolares gratuitas:**

* Asistencia Alimentaria (FA)
* Asistencia Temporal para Familias (TAF)
* El Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)

A) SI *NINGUNA PERSONA* EN SU GRUPO FAMILIAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS ANTES LISTADOS:

* *Trace un círculo alrededor de ‘NO’ y saltéese al PASO 3 de estas instrucciones y al PASO 3 de su solicitud.*
* *Deje el PASO 2 en blanco.*

B) SI *CUALQUIER PERSONA* EN SU GRUPO FAMILIAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS ANTES LISTADOS:

* *Trace un círculo alrededor de ‘SÍ’ y proporcione un número de caso para FA, TAF o FDPIR.* Solo debe escribir un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con: [Kansas Department for Children and Families]. Usted debe proporcionar un número de caso en su solicitud si usted marcó “SÍ”.
* *Saltéese al PASO 4.*

**PASO 3: INFORME LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**

A) Informe todos los ingresos ganados por los niños. Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos para los Niños” en estas instrucciones e informe los ingresos brutos combinados de TODOS los niños listados en el Paso 1 en su grupo familiar en el recuadro marcado “Ingresos Totales de los Niños”. Solamente contabilice los ingresos de los niños en cuidado sustituto si usted está realizando la solicitud para ellos junto con el resto de su grupo familiar. Es opcional para el grupo familiar listar los niños en cuidado sustituto que viven como parte del grupo familiar.

**¿Qué son los Ingresos de un Niño?**

Los ingresos de un niño son el dinero que recibe fuera de su grupo familiar y que es pagado **en forma directa** a su niño. Muchos grupos familiares no tienen ingresos de niños. Utilice la tabla a continuación para determinar si su grupo familiar tiene ingresos de niños que deban ser informados.

|  |
| --- |
| **Fuentes de Ingresos para los Niños** |
| **Fuentes de Ingresos del Niño** | **Ejemplo(s)** |
| * Ganancias provenientes del trabajo
 | * Un niño tiene un trabajo donde gana un salario o sueldo.
 |
| * Seguro Social
	+ Pagos por Discapacidad
	+ Beneficios de Sobreviviente
 | * Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social.
* Un padre es discapacitado, está jubilado o ha fallecido y su niño recibe beneficios del seguro social.
 |
| * Ingresos de parte de personas *fuera* del grupo familiar
 | * Un amigo o miembro de la familia extendida le entrega a un niño dinero para sus gastos *en forma regular*.
 |
| * Ingresos de cualquier otra fuente
 | * Un niño recibe ingresos de un fondo de pensión, renta vitalicia o fideicomiso.
 |

**PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO FAMILIAR:**

**¿A quiénes debería listar aquí?**

Cuando complete esta sección, por favor incluya a todos los miembros de su grupo familiar que:

* Estén viviendo con usted y compartan los ingresos y los gastos, *incluso si no tienen una relación de parentesco e incluso si no tienen ingresos propios.*

**No** incluya personas que:

* Vivan con usted pero no sean sustentadas con los ingresos de su grupo familiar **y** no contribuyan con ingresos a su grupo familiar.
* Niños y estudiantes ya listados en el Paso 1

**¿Cómo completo el monto y la fuente de ingresos?**

***PARA CADA TIPO DE INGRESO:***

* Utilice la tabla en esta sección para determinar si su grupo familiar tiene ingresos que deban ser informados.
* Informe todos los montos como **ingresos brutos** SOLAMENTE. Informe todos los ingresos en dólares en cifras redondas. No incluya centavos.
	+ Los ingresos brutos son el total de ingresos recibidos previo a impuestos o deducciones.
	+ Muchas personas piensan que los ingresos son el monto que ellos “llevan a casa” y no el total, o monto “bruto”. Asegúrese de que los ingresos que usted informe en esta solicitud NO fueron reducidos para pagar impuestos, primas de seguro o cualquier otro monto deducido de su paga.
* Escriba un “0” en cualquier campo en el que no haya ningún ingreso para informar. Cualquier campo de ingresos que sea dejado vacío o en blanco será contabilizado como cero.Si usted escribe ‘0’ o deja cualquier campo en blanco, está certificando (dando su palabra) que no existe ningún ingreso a informar. Si los funcionarios locales tienen información conocida o disponible de que los ingresos de su grupo familiar fueron informados en forma incorrecta, su solicitud será verificada con motivo.
* Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso utilizando los recuadros a la derecha de cada campo.

B) *Liste el nombre del miembro Adulto del Grupo Familiar.* Escriba en letra de imprenta el nombre de cada miembro del grupo familiar en los recuadros marcados “Nombres de los Miembros Adultos del Grupo Familiar (Primer Nombre y Apellido)”. **No liste a ninguno de los miembros del grupo familiar que haya listado en el PASO 1. Si un niño listado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.**

C) *Informe los ingresos de su trabajo.* Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos para los Adultos” en estas instrucciones e informe todos los ingresos del trabajo en el campo “Ganancias por Trabajo” de la solicitud. Usualmente este es el dinero recibido por trabajar en un empleo. Si usted tiene un empleo por cuenta propia o es propietario de una granja, informará sus ingresos netos.

 **¿Qué ocurre si tengo un empleo por cuenta propia?**

Si usted tiene un empleo por cuenta propia, informe los ingresos de ese trabajo como monto **neto**. Esto se calcula al restar los gastos operativos totales de su negocio de sus recibos o ingresos brutos.

D) *Informe los ingresos de la Asistencia Pública/Manutención de Niño/Pensión Alimentaria.* Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos para los Adultos” en estas instrucciones e informe todos los ingresos que correspondan en el campo “Asistencia Pública/Manutención de Niño/Pensión Alimentaria” de la solicitud. No informe el monto de ningún beneficio de asistencia pública con valor en efectivo que NO esté listado en la tabla. Si los ingresos son recibidos por manutención de niño o pensión alimentaria, acá se deben informar solamente los **pagos ordenados por la corte**. Los pagos informales pero regulares deben ser informados como “otros” ingresos en la sección siguiente.

E) *Informe los ingresos de Pensiones/Jubilación/Todos los otros ingresos.* Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos para los Adultos” en estas instrucciones e informe todos los ingresos que correspondan en el campo “Pensiones/Jubilaciones/Todos los Otros Ingresos” de la solicitud.

F) *Informe el tamaño total del grupo familiar.* Ingrese la cantidad total de miembros del grupo familiar en el campo “Total de Miembros del Grupo Familiar (Niños y Adultos)”. Esta cantidad **DEBE** ser igual a la cantidad de miembros del grupo familiar listada en el PASO 1 y en el PASO 3. Si existe algún miembro de su grupo familiar que no esté listado en la solicitud, vuelva hacia atrás y agréguelo. Es muy importante listar todos los miembros del grupo familiar, ya que el tamaño del mismo determina el tope de ingresos para comidas gratuitas y precio reducido.

G) *Proporcione los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguro Social.* El principal asalariado del grupo familiar u otro miembro adulto del grupo familiar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social en el espacio proporcionado. **Usted es elegible para solicitar los beneficios incluso si no tiene un Número de Seguro Social.** Si ningún miembro adulto del grupo familiar tiene un Número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque el recuadro a la derecha titulado “Marque si no tiene N° de SS”.

|  |
| --- |
| **Fuentes de Ingresos para los Adultos** |
| **Ganancias provenientes del Trabajo** | **Asistencia Pública/Pensión Alimentaria / Manutención de Niño** | **Pensiones/Jubilaciones/Todos los Otros Ingresos** |
| * Salarios sueldos, bonos en efectivo
* Ingresos **Netos** del empleo por cuenta propia (granja o empresa)
* Beneficios de huelga

**Si usted está en el Ejército de los EE. UU.:*** Paga básica y bonos en efectivo (*NO incluya pagos por combate, Subsidio Suplementario de Subsistencia Familiar (FSSA, por sus siglas en inglés) o subsidios de privatización de viviendas*)
* Subsidios por alimento, indumentaria o vivienda fuera de la base
 | * Beneficios de desempleo
* Compensación del Trabajador
* Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
* Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local
* Pagos de pensión alimentaria
* Pagos de manutención de niño
* Beneficios de la Administración de Veteranos
 | * Seguro Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios por enfermedad del Pulmón Negro)
* Pensiones o pagos por discapacidad privados o del gobierno
* Ingresos de fideicomisos o patrimonio
* Rentas Vitalicias
* Ingresos de inversiones
* Intereses ganados
* Ingreso de rentas
* Pagos *regulares* en efectivo de fuera del grupo familiar
 |

PASO 4: **INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

**Todas las solicitudes deben ser firmadas por un miembro adulto del grupo familiar.** Al firmar la solicitud, ese miembro adulto del grupo familiar da su palabra de que toda la información fue informada en forma fiel y completa. **Antes de completar esta sección, por favor también asegúrese de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles al dorso de la solicitud.**

A) *Proporcione su información de contacto.* Escriba su domicilio actual en los campos proporcionados si esta información está disponible. **Si usted no tiene un domicilio permanente, esto no hace que sus niños no sean elegibles para comidas escolares gratuitas o a precio reducido.** El hecho de compartir un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o ambos es opcional pero nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos hacerlo.

B) *Firme y escriba su nombre en letra de imprenta.* Escriba su nombre en letra de imprenta en el recuadro "Nombre en letra de imprenta del adulto que completa el formulario”. Y firme con su nombre en el recuadro "Nombre en letra de imprenta del adulto que completa el formulario”.

C) *Escriba la Fecha de Hoy.* En el espacio proporcionado, escriba la fecha de hoy en el recuadro.

D) *Comparta las Identidades de Raza y Origen Étnico de los Niños (opcional).* Al dorso de la solicitud, le pedimos que comparta información acerca de la raza y origen étnico de sus niños. **Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.**

**2015-2016 Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido**

Complete una solicitud por grupo familiar. Por favor utilice una lapicera (no un lápiz).

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 1** | **Liste TODOS los Miembros del Grupo Familiar que sean bebés, niños y estudiantes hasta e incluso el grado 12** (si fueran necesarios más espacios para los nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel) |

Desamparado, Inmigrante, Fugitivo

¿Estudiante?

Sí No

Niño en Cuidado Sustituto

**Primer Nombre del Niño Inicial Segundo Nombre Apellido del Niño Escuela del Niño**

Definición de **Miembro del Grupo Familiar**: “Cualquier persona que esté viviendo con usted y que comparte los ingresos y los gastos, incluso si no tiene parentesco".

Los niños en **Cuidado Sustituto** y los niños que se encuentran incluidos en la definición de **Desamparados, Inmigrantes o Fugitivos**, son elegibles para las comidas gratuitas. Por favor lea **Cómo presentar la Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido** para más información.

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

Marque todas las que correspondan

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

 **[ ]  [ ]  [ ]  [ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 2** | **¿Participa alguno de los Miembros de su Grupo Familiar (incluido usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: Asistencia Alimentaria, TAF o FDPIR?** Marque una de las siguientes con un círculo: Sí / No |

 **Si respondió NO, complete el PASO 3. Si respondió SÍ, escriba un número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3). Número de Caso:**

 **Escriba solamente un número de caso en este espacio.**

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 3** | **Informe los Ingresos de TODOS los Miembros del Grupo Familiar** (Saltéese este paso si respondió ‘Sí’ en el PASO 2) |

**A. Ingresos del Niño**  ¿Con qué frecuencia?

Please read **How
to** **Apply for Free
and Reduced Price School Meals** for more information.
The **Sources of Income for Children** section will help
you with the **Child Income** question. The **Sources of Income for Adults** section
will help you with the **All Adult Household Members** section.

Algunas veces los niños en el grupo familiar ganan algún ingreso. Por favor incluya aquí los ingresos brutos TOTALES ganados por todos los

Miembros del Grupo Familiar listados en el PASO 1. Ingresos del Niño Sem Quinc Dos x Mes Mensual

**$**

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

Liste todos los Miembros del Grupo Familiar que no estén listados en el PASO 1 (incluso usted) **incluso si ellos no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Grupo Familiar listado, si reciben ingresos, informe los ingresos brutos totales de cada fuente en dólares en cifras redondas solamente. Si ellos no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba ‘0’. Si usted escribe ‘0’ o deja cualquier campo en blanco, está certificando (dando su palabra) que no existe ningún ingreso a informar.

¿Con qué frecuencia? Asistencia Pública/ ¿Con qué frecuencia? Pensiones/Jubilaciones ¿Con qué frecuencia?

Nombre del Adulto del Grupo Familiar (Primero y Apellido) Ganancias por Trabajo Sem Quinc Dos x Mes Mensual Manutención /Pensión Alimentaria Sem Quinc Dos x Mes Mensual Todos los Otros Ingresos Sem Quinc Dos x Mes Mensual

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**Total Miembros del Grupo Familiar Cuatro Últimos Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) de**

**(Niños y Adultos) Principal Asalariado u Otro Miembro Adulto del Grupo Familiar X X X X X Marque si no tiene SSN [ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 4** | **Información de Contacto y Firma del Adulto** |

“Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Soy conciente de que si proporciono información falsa en forma intencional, mis niños podrían perder beneficios de comida, y yo podría ser procesado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables".

 **Domicilio (si estuviera disponible) Departamento # Ciudad Estado Código Postal Teléfono durante el Día y Correo Electrónico (opcional)**

 **Nombre en letra de imprenta del adulto que completa el formulario Firma del adulto que completa el formulario Fecha de hoy**

|  |  |
| --- | --- |
| **OPCIONAL** | **Identidad Racial y Origen Étnico del Niño** |

Estamos obligados a pedirle información acerca de la raza y origen étnico de sus niños. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos proporcionando los mejores servicios a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y el hecho de no hacerlo no afectará la elegibilidad de sus niños para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido.

**Etnia (marque uno):** [ ]  Hispano o Latino [ ]  Ni Hispano ni Latino

**Raza (marque uno o más):** [ ] Indio Americano o Nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o Afroamericano [ ]  Nativo de Hawai u Otro Isleño del Pacífico [ ]  Blanco

|  |
| --- |
| **PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE. NO ESCRIBA ABAJO.** |
| **Application Type** (check one) [ ]  Total Household Income: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Household’s Income Frequency – Circle ONE: W BW 2M M Multiple=Yearly[ ]  Food Assistance or TAF or FDPIR[ ]  Foster Child  | **Application Status**Approved………………..[ ]  Free OR [ ]  Reduced PriceDenied …………………..[ ]  Income over allowed amount [ ] Incomplete/missing: Notes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Determining Official’s Signature: Approval/Denial Date: Notification Date: |
| **Processor’s Initials: Confirming Official’s Signature (ONLY for applications to be verified): Review Date:** |

**Ingresos por Empleo por Cuenta Propia:** Las personas que trabajan por cuenta propia pueden utilizar las declaraciones de impuestos por ingresos del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que los ingresos mensuales actuales proporcionen una medición más precisa. Informe los ingresos provenientes de emprendimientos comerciales menos los costos operativos en que se haya incurrido para generar dichos ingresos. No están permitidas las deducciones por gastos personales como ser interés sobre pagos del hogar, gastos médicos y otras deducciones similares no comerciales para reducir los ingresos brutos comerciales. Los ingresos adicionales de otros tipos de empleo deben ser tratados por separado y aparte de los ingresos generados o perdidos de su emprendimiento comercial. Por ejemplo, si usted tuvo un negocio a pérdida neta, pero mantuvo el empleo adicional por el cual se recibió un salario, los ingresos a fin de solicitar comidas a precio reducido o gratuitas serían solamente los ingresos del salario. Las pérdidas que resultan del emprendimiento no pueden ser deducidas de ingresos positivos ganados en otro empleo. A los fines de esta solicitud, no es posible informar ingresos negativos de ningún emprendimiento comercial. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a un ingreso permitido originado de un negocio privado podría tomarse de su último Formulario 1040 de Declaración Individual de Impuestos de los Estados Unidos. Sume juntos los montos informados en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos Comerciales o (Pérdidas)

LÍNEA 13 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ganancia de Capital o (Pérdida)

LÍNEA 14 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras Ganancias o (Pérdidas)

LÍNEA 17 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renta de bienes inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones tipo S, fideicomisos, etc.

LÍNEA 18 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos Agropecuario o (Pérdidas)

 TOTAL $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos Brutos Anuales Previo a Cualquier Deducción.

 Ingresos Mensuales Computados $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos Brutos Anuales ÷ 12 = Ingresos Mensuales Computados. Informar en el Paso 3.

La **Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguro social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social no es obligatorio cuando usted solicita en nombre de un niño en cuidado sustituto o lista un número de caso de un Programa de Asistencia Alimentaria (FA), Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para las revisiones de los programas y funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudarles a observar las violaciones a las normas del programa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleos en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y donde corresponde, preferencias políticas, estado civil, situación familiar o de parentesco, orientación sexual o que todo o parte de los ingresos de la persona sean derivados de cualquier programa de asistencia pública o protegidos de información genética en programas de empleos o cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. (No se aplicarán todas las prohibiciones a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación en el programa de Derechos Civiles en el USDA, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en línea en <http://www.ascr.usda.gov/complaint> filing cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíenos el formulario de queja completo o la carta por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).

El USDA es un proveedor y empleador que proporciona igualdad de oportunidades.