

# Montrose County 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 MCSD (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

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

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). **Propvea 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 (omite 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
\$ [ ][ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				

### 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
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				

Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia?				
	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				

Pensiones/Jubilación/cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?				
	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				
\$ [ ][ ][ ]	<input type="radio"/>				

**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: your

"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".

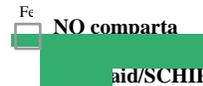
Dirección Postal o PO Box			# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico
Teléfono		FIRMA del miembro adulto del hogar			Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta		

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

Compartir su información. Responder esta sección del formulario no cambia el hecho de que sus hijos recibirán comidas gratuitas o a precio reducido. Su información no se comparte con otros que solicitan información sobre los programas siguientes:

- Por favor, comparta mi información con los siguientes programas que he marcado:  Examen de Colocación Avanzada (AP) y/o Cuotas de Libros (AP)  Examen de Aceleración de Oportunidades Universitarias y/o Cuotas de Libros

Veal el reverso de la solicitud



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.**

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 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 (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre de 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](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



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

Para conocer más, visite [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

**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: