|  |  |
| --- | --- |
| [INSERTAR EL NOMBRE DE LA CORPORACIÓN ESCOLAR]Solicitud alternativa de elegibilidad gratuita y reducida para el hogar para 2024-2025Complete una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo (no lápiz). | Requerido por el Consejo Estatal de Cuentas, Formulario escolar 521A/2024 |
|  | Presente la solicitud en línea: [insertar aquí el sitio web]Envíela a: [Nombre de la escuela/el distrito]Dirección: [insertar la dirección] |
| Las instrucciones para cada paso, incluidos los ejemplos de ingresos, se encuentran en la página Carta a los padres e instrucciones. |
| **PASO 1** | **Enumere TODOS los niños, bebés y estudiantes que asisten hasta el grado 12 inclusive. Adjunte otra hoja de papel si necesita espacio para más nombres.** |
| **Enumere a TODOS los niños de la casa. No olvide indicar los bebés, niños que asisten a otras escuelas, niños que no asisten a la escuela y los niños que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niños que no son parientes suyos en su hogar.** |
| Primer nombre del niño | Inicial del segundo nombre | Apellido del niño | Grado | Marque todas las opciones que correspondan. | Cuidado tutelar | Inmigrante | Fugitivo | Sin hogar | Solo para estudiantes | Nombre del edificio de la escuela | Fecha de nacimiento | ¿Vive con padre/madre o con un familiar al cuidado? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Sí | No |
|  |  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |[ ] [ ]
|  |  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |[ ] [ ]
|  |  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |[ ] [ ]
|  |  |  |  |  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |[ ] [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 2** | **¿Participa algún miembro del hogar (incluido usted) en: SNAP o TANF?** |
| NO [ ]  🡪 Vaya al PASO 3. | SÍ [ ]  🡪 Escriba aquí el número de caso y  continúe con el PASO 4. |  NÚMERO DE CASO (NO NÚMERO EBT):  Escriba solo el número de caso de 10 dígitos en este espacio.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 3** | **Enumere TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de descontar impuestos y deducciones)** |
| 1. **Todos los miembros adultos del hogar (Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente, incluido usted).**Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada uno de los miembros del hogar enumerados, si reciben ingresos, informe sobre los ingresos brutos totales (antes de descontar impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en dólares enteros (sin céntimos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.
 |
| Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con qué frecuencia los recibe? | Asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimentaria | ¿Con qué frecuencia los recibe? | Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de la VA, todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia los recibe? |
|  |  | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces por mes | Mensual | Anual |  | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces por mes | Mensual | Anual |  | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces por mes | Mensual | Anual |
|  | $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  | $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  | $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  | $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
|  |
| Cantidad total de miembros del hogar (Niños y adultos) |  | **Cuatro últimos números del número de seguro social de la persona que recibe el salario principal o de otro miembro adulto del hogar (si corresponde)** |  |  |  |  | Marque si no tiene número de seguro social [ ]  |
|  |
| 1. **Ingresos de los hijos**

A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de descontar impuestos y deducciones) percibidos por TODOS los niños enumerados en el PASO 1. |
|  | Ingresos de los hijos | ¿Con qué frecuencia los recibe? |  |
|  |  | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces por mes | Mensual | Anual |  |
|  | $ |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 4** | **Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA DE SU HIJO: [insertar aquí la dirección de la escuela] \*Dé vuelta la página para obtener más información en el reverso\***  |
|  La información de esta solicitud puede ser compartida con otras oficinas dentro del Departamento de Educación de Indiana, para ser utilizada en la determinación de **asignaciones de Título I, becas Choice y otras oportunidades de financiamiento.** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente o si ya estoy recibiendo beneficios de Summer EBT en otro estado, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. |
| Nombre en letra imprenta de la persona adulta que firma el formulario | Firma de la persona adulta: | Fecha de hoy:  |
| Dirección postal (si está disponible) | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono (opcional) | Correo electrónico (opcional) |

|  |  |
| --- | --- |
| **PASO 5** | **Otros beneficios opcionales - Summer EBT y libros de texto\*** |
| **Summer EBT (SUN Bucks)** - La información de la presente solicitud puede compartirse con el Departamento de Educación de Indiana, para utilizarse en la determinación de la elegibilidad de Summer EBT (SUN Bucks). Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente o si ya estoy recibiendo beneficios de Summer EBT en otro estado, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.  |
| Nombre en letra imprenta de la persona adulta que firma el formulario | Firma de la persona adulta | Fecha de hoy |
| Dirección postal (adonde se entregará la tarjeta de SUN Bucks) | N.º de unidad | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono | Correo electrónico (opcional) |
| ¿Desea recibir **asistencia para libros de texto**?[ ]  SÍ Si responde Sí, firme a la derecha 🡪[ ]  NO\*La firma para los libros de texto solo es necesaria para los estudiantes que asisten a escuelas no públicas. | Certifico que soy el padre/la madre/tutor del/de los niño(s) para quien(es) se presenta la solicitud. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información de esta solicitud de asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad solo para este propósito. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana de conformidad con el I.C. 20-33-5-2 e I.C. 12-14-28-2, únicamente con el fin de cumplir con 45 C.F.R. Partes 260 y 265.  Firma de la persona adulta que completa el formulario Fecha de hoy | Uso de la escuela únicamente:[ ]  Aprobado[ ]  Denegado[ ]  No corresponde |
| **Opcional** | **Identidad racial y origen étnico de los niños. Esta información es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974.** |
| **Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.****Origen étnico (marque una opción):** [ ]  Hispano o latino (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza)  [ ]  No hispano o latino**Raza (marque una o más opciones):** [ ]  Indígena americano o nativo de Alaska [ ]  Asiático [ ]  Negro o afroamericano [ ]  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico [ ]  Blanco**Devuelva este formulario completo a la escuela de su hijo. \*No envíe por correo, fax ni correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NO COMPLETAR** | **Para uso de la escuela exclusivamente.** |
| **Conversión de ingresos anuales:** Semanal x 52, cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24, mensual x 12. No anualice los ingresos para determinar la elegibilidad a menos que se indique más de una frecuencia de ingresos. |
| Ingresos totales:  | ¿Con qué frecuencia los recibe? | Cantidad de miembros del hogar: | Elegibilidad por categorías [ ]  | Determinación de elegibilidad | Firma del funcionario encargado de la determinación Fecha |
|  | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces por mes | Mensual | Anual |  |  | Gratuita | Reducida | Denegada |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |  |  |  |  |  |
| Para usar en la verificación |
| Firma del funcionario encargado de la confirmación Fecha  | Firma del funcionario encargado de la verificación Fecha  |

|  |
| --- |
| **Declaración sobre el uso de la información** |
| **La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para ver quién reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos.** Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplen las normas del programa. Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos números del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si la persona adulta no lo tiene, marque: "Marque si no tiene número de seguro social". No es necesario indicar el número de seguro social en las solicitudes de niños bajo cuidado tutelar. No es necesario indicar el número de seguro social en las solicitudes de niños que viven en hogares beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Algunos niños reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas sin necesidad de presentar una solicitud. Póngase en contacto con su escuela para obtener comidas gratuitas para un hijo en cuidado tutelar, y los niños sin hogar, inmigrantes o fugitivos.**Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo.** | **La información de contacto que figura a continuación es únicamente para presentar una queja por discriminación.**De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA en el (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.**Para presentar una queja por discriminación en un programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en:** [**https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf**](%20https%3A//www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)**,** en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la presunta acción de discriminación lo suficientemente detallada como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse 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 | FAX: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o por CORREO ELECTRÓNICO: Program.Intake@usda.gov  | **\* No envíe solicitudes por correo a esta dirección, solo quejas por discriminación.** |

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. |