Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido (Completar una solicitud por familia) Anexo C: 2026-27

Devuelva la solicitud completada a: *Aquinas Catholic Schools*

Parte 1: Niños que asisten a la escuela

Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela **(primer nombre, inicial del segundo, apellido)**. Si todos los niños nombrados son niños en custodia, salte a la Parte 4 para firmar el formulario. Si algunos de los niños son niños en custodia o sin hogar, migrantes o refugiados, complete todos los pasos de la solicitud.	Grado	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Marque todas las que correspondan	
			Niño en custodia	Niño sin hogar, migrante o refugiado
			❑	❑
			❑	❑
			❑	❑
			❑	❑
			❑	❑

Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR: (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)

1. Miembros de la familia
Indique el nombre de **todos** los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en **dólares, en números redondos** (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso **personal** del niño en custodia.

2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió

	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia

Número total de miembros de la familia: (Niños y adultos) _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX – XXX – __ __ __ __

Marque esta opción si no hay SSN ❑

Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".

Firme aquí: Nombre en letra de imprenta: Fecha:

Dirección (si está disponible): Código postal: Teléfono durante el día:

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Marcar una identidad étnica: **– y –** **Marcar una o más identidades raciales:**

❑Hispano o latino
❑No hispano ni latino

❑Asiático
❑Blanco
❑Negro o afroamericano
❑Indio americano o nativo de Alaska
❑Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)

Conversión del ingreso anual: Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

Cantidad total de integrantes de la familia:_____

Ingreso total:_____por
❑Año ❑Mes ❑Dos veces al mes ❑Cada dos semanas
❑Semana

❑Gratuitas ❑Reducidas
❑ Ingreso ❑ Ingreso
❑ Elegible según categoría:
❑ *SNAP/TANF/FDPIR*
❑ *Niño en custodia*
❑ *Sin hogar/Migrantes/Refugiados:*

❑Rechazado
Motivo del rechazo:
❑Ingreso demasiado elevado
❑Solicitud incompleta

(Se requiere la documentación oficial en la Escuela)

Firma del funcionario que determina: Fecha de aprobación:

PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:

Firma del funcionario que confirma: Fecha de confirmación:

Firma del funcionario que verifica: Fecha de verificación:

Fecha de retiro de la escuela:

Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido si su ingreso familiar se encuentra en el límite o debajo de los límites que se detallan en dicho cuadro.

CUADRO DE INGRESO FEDERAL para el año escolar 2026-27					
Cantidad de integrantes de la familia	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	29,526	2,461	1,231	1,136	568
2	40,034	3,337	1,669	1,540	770
3	50,542	4,212	2,106	1,944	972
4	61,050	5,088	2,544	2,349	1,175
5	71,558	5,964	2,982	2,753	1,377
6	82,066	6,839	3,420	3,157	1,579
7	92,574	7,715	3,858	3,561	1,781
8	103,082	8,591	4,296	3,965	1,983
Cada persona adicional:	10,508	876	438	405	203

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** exige la información que aparece en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que su hijo reciba comidas gratuitas o a un precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si usted envía la solicitud en nombre de un niño en custodia, si indica el número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a un precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. ES POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar y determinar los beneficios de sus programas, con auditores para las revisiones del programa, y con personal de fuerzas de seguridad para ayudarles a investigar infracciones en los reglamentos del programa.

Declaración de no discriminación
De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o retaliación por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los criterios aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiograbaciones, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o contactar al USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA, AD-3027, disponible en línea en “Cómo presentar una queja por discriminación en un programa” y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completo o carta al USDA por:

1. **Correo:**
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW

Mail Stop 9410,
Washington, D.C. 20250-9410

2. **Fax:**
   (202) 690-7442
3. **Correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.