

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE CHESTERFIELD 2025-2026

Solicitud para comidas escolares gratis y con precio reducido

COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR. USE LAPICERA NEGRA (lápiz no).

Postúlese en línea en:

www.schoolcafe.com

1

Mencione TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR, ENUMERE A TODOS A CONTINUACION →		I. del 2º nombre	Apellido legal	Fecha de nacimiento	Grado	¿Estudiante de CCPS?	Niño Foster	Sin hogar, migrante fugitivo
Primer nombre legal				M M D D A A		Yes No		

2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, FDIPIR? Marque el casillero correspondiente debajo.

SNAP ☐ TANF ☐ FDIPIR ☐ Si NO marcó uno de los casilleros a la izquierda, complete la SECCIÓN 3. Si marcó uno de los casilleros a la izquierda, escriba un número de caso aquí y luego pase a la sección 4. (NO complete la SECCIÓN 3) N.º de caso de Virginia: (NECESARIO)

3

Informe los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Saltee este paso si marcó uno de los casilleros de la SECCIÓN 2).

A. Ingresos de los niños

A veces los niños del hogar perciben ingresos. Incluya el ingreso TOTAL percibido por todos los miembros del hogar en la Sección 1 aquí.

Ingresos de niños \$

Complete el círculo

¿Con qué frecuencia?

☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Semanalmente ☐ Semanalmente

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo)

Mencione a todos los miembros del hogar que no figuran en la Sección 1 (incluido usted mismo) aunque no perciban ingresos. Por cada miembro del hogar indicado, si percibe ingresos, indique los ingresos totales por cada fuente en dólares en cifras redondas SOLAMENTE. Si NO perciben ingresos de ninguna fuente, indique "0" en el campo correspondiente. Si ingresa "0" o lo deja en blanco, usted certifica (promete) que no existen ingresos para reportar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos laborales	Complete el círculo ¿Con qué frecuencia?	Asistencia pública/ manutención de hijos/cónyuge	Complete el círculo ¿Con qué frecuencia?	Pago de pensiones/ retiro/cualquier otro ingreso	Complete el círculo ¿Con qué frecuencia?
	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente
	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente
	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente
	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente
	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente	\$	☐ Mensualmente ☐ Semanalmente

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) del principal trabajador asalariado u otro miembro adulto del hogar * * * - * * -

Marque si no tiene SSN ☐

4

Información de contacto y firma del adulto

"Certifico (prometo) que toda la información proporcionada en este formulario es fiel y que informé todos los ingresos. Comprendo que esta información se brinda en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si brindo información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y yo puedo ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección N.º APT/LOTE Ciudad Código Postal Teléfono durante el día

FIRME AQUÍ

Firma del adulto que completa el formulario

ESCRIBA AQUÍ CON IMPRENTA

Nombre del adulto que completa el formulario

Fecha

Grupo étnico (marque uno):

☐ Hispano o latino

☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más):

☐ Blanco

☐ Asiático

☐ Negro o afroamericano

☐ Indio americano o nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

5

Medicaid y seguro de salud

Medicaid y seguro de salud: su hijo puede ser elegible para otros beneficios. La escuela puede compartir la información en esta solicitud con Medicaid y el programa de seguro de salud de los niños de Virginia llamado FAMIS. No desea que esta información ompartir debe decimos el bloque NO. Tu decisión no afectará la elegibilidad de su niño precio reducido.

☐ NO, no quiero funcionarios de la escuela para compartir información de mi solicitud de comidas de precio reducido o gratis con Medicaid o FAMIS.

Fuentes de ingresos para los niños	
Income	El Ejemplo
Ganancias del trabajo	- Un niño tiene regularmente un trabajo a tiempo completo o parcial donde ganan un salario o sueldo
Seguridad social - Pagos por discapacidad - La pensión de viudedad	- Un niño es ciego o incapacitado y recibe beneficios de Seguro Social - Un padre está deshabilitado, jubilados o fallecidos y su hijo recibe los beneficios de la Seguridad Social
Los ingresos de la persona fuera del hogar	- Un amigo o miembro de la familia ampliada regularmente un niño da gastar dinero
Los ingresos procedentes de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensiones, anualidades, o fideicomiso

Fuentes de ingresos para los adultos		
Ganancias del Trabajo	Asistencia Pública La Pension Alimenticia / Manutención de los Hijos	La Pension / La Jubilacion Otros Ingresos
- Sueldo bruto, los salarios, bonificaciones en efectivo - Los ingresos netos de autoempleo (granja o negocio) Si usted está en el ejército de los Estados Unidos - El pago básico y bonificaciones en efectivo - Fuera de la base, subsidios para vivienda, alimentos y ropa - No incluir la paga por combate, FSSA o privatizadas, subsidio de vivienda	- Los beneficios de desempleo - La compensación de trabajador - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - La pensión alimenticia - Los pagos de manutención infantil - Beneficios de veteranos - Huelga beneficios	- La Seguridad Social (incluyendo Railroad y beneficios del pulmón negro) - Los regímenes privados de pensiones o prestaciones de invalidez - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios - Anualidades - Ingreso de inversiones - Los intereses ganados - Renta - Pago regular de efectivo

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones 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 anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA llamando al (202) 720-2600 (voz y TTY), o deben comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el denunciante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que puede conseguir en línea en <https://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 denunciante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con los detalles suficientes para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de derechos civiles. Debe enviarse el Formulario AD-3027 completado o la carta al USDA por:

1. **Correo postal:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. **Fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. **Correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.