EL PROGRAMA DE SERVICIO DE ALIMENTOS DE VERANO (SFSP)
SOLICIDTUD PARA ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO

PARTE 1. LISTE LOS NOMBRES Y EDADES DE LOS NIÑOS PARA LOS CUALES SE PRESENTA LA SOLICITUD:

NOMBRE	EDAD	NOMBRE	EDAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PARTE 2. HOGARES QUE ACUTALMENTE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL (SNAP), DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE COMIDAS EN RESERVAS INDIAS (FDPIR), O DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF): LLENE ESTA PARTE Y FIRME LA DECLARACIÓN DE LA PARTE 4. NO LLENE LA PARTE 3.

No. de Caso SNAP:_____ No. de FDPIR: _____ No. de Caso TANF: _____

PARTE 3. TODA INFORMACIÓN DEMÁS DEL HOGAR: SI NO LLENÓ PARTE 2, LLENE ESTE PARTE Y PARTE 4.

a.) Nombres de los miembros del hogar - Liste todas las personas, parientes o no, quienes viven en su casa y comparten gastos diarios o comidas. **(No incluye los niños listados arriba.)**

NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR: ☐

b.) Ingresos del hogar – El total por mes antes de impuestos: Indique la fuente y la cantidad de ingresos actuales para todos miembros de su hogar. Siga la definición de ingreso especificada en los Estándares de Elegibilidad por Ingreso. Si recibe más que un cheque de cualquier de estas fuentes, indique la cantidad total mensual que recibe.

Sueldo, Salario:	$_____	Mantención de hijos/cónyuge:	$_____	**INGRESO TOTAL MENSUAL:**
Seguridad Social:	$_____	Pensión/Jubilación:	$_____	
Desempleo:	$_____	Otro Ingreso:	$_____	**$**_____

PASO 4. FIRMA SANCIONES PARA LA FALSA REPRESENTACIÓN:

Yo certifico que la información arriba es verdadera y correcta y que los números de SNAP, FDPIR o TANF son correctos o que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta solicitud se relaciona con el recibo de fondos Federales y que oficiales del Programa pueden verificar la información en esta solicitud. También entiendo que la falsa representación deliberada en esta solicitud puede suponer que yo sea demandado bajo las leyes Estatales y Federales aplicables.

_____ **X X X - X X** - ___ ___ ___ ___

Firma de pariente adulto ***Número de Seguro Social***

Los hogares con ingresos menos de o iguales a los valores indicados en los Estándares de Elegibilidad por Ingreso del SFSP (adjunto) son elegibles para comidas gratis del Programa. Si el niño/los niños para quienes se presenta esta solicitud son miembros de un hogar que recibe beneficios de SNAP, TANF of FDPIR, son automáticamente elegibles para recibir comidas gratis del Programa. Los niños en acogida temporal son elegibles por categoría (automáticamente) por comidas gratis y de precio reducido sin considerar el ingreso del hogar. El Acta Nacional Richard B. Russell sobre Comidas Escolares requiere la información pedida en esta solicitud. Usted no está obligado a proveer esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar su niño para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir el número del seguro social del miembro adulto del hogar quien firme esta solicitud. El número de seguro social no se requiere si presenta la solicitud de parte de un niño en acogida temporal o cuando liste un número de caso de SNAP, FDPIR o TANF para su niño u otra prueba de identidad de FSPIR o cuando indica que el miembro adulto del hogar no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratis o de precio reducido, y también para administración y ejecución de conformidad del Programa. Es posible que compartamos su información con Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP), a no ser que usted nos diga que no. La información, si se la divulga, se usará para identificar niños elegibles y buscar que se inscriban en Medicaid o SCHIP. De acuerdo con leyes Federales de derechos civiles y con las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se prohíbe que el USDA, sus Agencias, oficinas, empleados, e instituciones que participan con o administran programas del USDA discriminen basado en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia/retaliación por actividad anterior relacionado con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizado por o fundado por el USDA. Personas discapacitadas quienes requieren un modo alternativo de comunicación para información programática (por ej., Braille, letra grande, casete de audio, lengua de signos, etc.), deben contactar la Agencia (Estatal o local) en donde solicitaron beneficios. Individuos sordos, con problemas de audición, o trastornos del habla pueden contactarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Además, información programática es disponible en otros idiomas que el inglés. Para registrar una denuncia de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del USDA (AD-3027), que se puede encontrar en línea al: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y provee en la carta toda la información pedida en el formulario. Para pedir una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o, (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución provee oportunidades iguales.

SÓLO PARA EL USO DEL PATROCINADOR DE SFSP _____ Eligible _____ Ineligible

Sponsoring Organization	**Official Signature**	**Date**
_____	_____	_____