



# PEMBROKE PINES CHARTER SCHOOLS

## 2017-2018

### SOLICITUD FAMILIAR DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

| PART 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR   |                      |  |                          |                          |                          |                          |  |
|--|----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Nombres de <b>todos</b> los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido) | Número de Estudiante | Marque en la casilla de abajo si el niño es de crianza, sin hogar, emigrante, fugitivo o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es de crianza, sin hogar, fugitivo, emigrante o Head Start, pase a la <b>Parte 4</b> y firme esta solicitud. |                          |                          |                          |                          | Marque la casilla si no tiene ingresos |
|  |                      | Crianza  | Sin Hogar                | Emigrante                | Fugitivo                 | Head Start               |  |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |
|  |                      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               |

#### PART 2. BENEFICIOS

SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, FDPIR o Florida TANF**, PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA **PARTE 4**. **SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.**

NONBRE: \_\_\_\_\_ NONBRE DEL PROGRAMA \_\_\_\_\_ NUMERO DE CASO: (NO EL NUMERO DE TARJETA) \_\_\_\_\_

**PART 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES).** Indique los nombres de las personas que reciben ingresos, cuanto recibe y con qué frecuencia lo recibe en la misma línea. REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

| 1. NOMBRE<br>(ESCRIBA LOS NOMBRES <b>SOLO</b> DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS) | 2. INGRESO BRUTO Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN  |         |                |                |         |   |         |                |                |         |  |         |                |                |         |   |         |                |                |         |  |
|---|---|---------|----------------|----------------|---------|---|---------|----------------|----------------|---------|--|---------|----------------|----------------|---------|---|---------|----------------|----------------|---------|--|
|   | Ganancias de trabajo <b>antes</b> de deducciones. | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual | Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual | Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de jubilación | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual | Todos los demás ingresos (como beneficios de desempleo) | Semanal | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensual |  |
| <i>(Ejemplo)</i> Juan Pérez   | \$200   | X       |                |                |         | \$150   |         | X              |                |         | \$0  |         |                |                |         | \$0   |         |                |                |         |  |
|   | \$  |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         | \$   |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         |  |
|   | \$  |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         | \$   |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         |  |
|   | \$  |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         | \$   |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         |  |
|   | \$  |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         | \$   |         |                |                |         | \$  |         |                |                |         |  |

#### PART 4. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS DIGITOS DEL SEGURO SOCIAL (FIRMA DE UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud debe escribir los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al reverso de la página.)

*Yo certifico (prometo) Que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy, Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.*

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social: \* \* \* - \* \* - \_\_\_\_\_  No tengo Número de Seguro Social

#### PART 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una etnia:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Elija una o más (independiente del grupo etnico):

- Asiático
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Blanco
- Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

- Negro o Afroamericano

## NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Reason for denial or withdrawal: \_\_\_\_\_  **Check if Error Prone Application**

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla

| TABLA FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS<br>Para el Año Escolar <b>2017-2018</b> |        |         |         |  |
|--|--------|---------|---------|--|
| Número de personas en el hogar   | Anual  | Mensual | Semanal |  |
| 1  | 22,311 | 1,860   | 430     |  |
| 2  | 30,044 | 2,504   | 578     |  |
| 3  | 37,777 | 3,149   | 727     |  |
| 4  | 45,510 | 3,793   | 876     |  |
| 5  | 53,243 | 4,437   | 1,024   |  |
| 6  | 60,976 | 5,082   | 1,173   |  |
| 7  | 68,709 | 5,726   | 1,322   |  |
| 8  | 76,442 | 6,371   | 1,471   |  |
| Adicional por persona:   | +7,733 | +645    | +149    |  |

*La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Programa (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas Familias Necesitadas ( FDIPIR) u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA. Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta 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: (202) 690-7442; o  
correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).  
Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

| Date of Contact | Staff Initials | Name of Household Member Contacted | Detailed Information Received |
|-----------------|----------------|------------------------------------|-------------------------------|
|                 |                |                                    |                               |
|                 |                |                                    |                               |
|                 |                |                                    |                               |
|                 |                |                                    |                               |