

**1. Todos los Integrantes del hogar**

Marque si la solicitud es susceptible a errores.

| NOMBRE DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR | (Para alumnos solamente) | (Para alumnos solamente) | Número de Caso SNAP o TANF (si corresponde, para cada integrante del hogar). Si proporciona el número de caso SNAP o TANF, vaya directamente a la Sección 4. |                      |       |   |   |   |   |   |   |   | Marque si NO tiene ingresos | Marque si es niño en cuidado |   |   |   |
|---|--------------------------|--------------------------|--|----------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|------------------------------|---|---|---|
|   |                          |                          | Nombre, inicial del Segundo Nombre, Apellido   | Nombre de la Escuela | Grado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |                             |                              | 8 | 9 | 0 |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |
|   |                          |                          |  |                      |       |   |   |   |   |   |   |   |                             |                              |   |   |   |

**2. Niños desamparados, inmigrantes, que se han ido del hogar o en el Programa Head Start (Elegibles por categoría)**

Desamparado  Inmigrante  Fugitivo  Programa Head Start

Firma del Contacto Escolar para desamparados, Coordinador de Inmigrantes o Director del Programa Head Start \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**3. Ingreso total bruto del hogar (antes de las deducciones). Indique con qué frecuencia y cuánto dinero recibe.**

| A. NOMBRES (ENUMERE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR CON INGRESOS) | INGRESO BRUTO Y CADA CUÁNTO SE LO RECIBE (Por ejemplo: \$100/mes; \$100/dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100/semana) |            |   |            |   |            |  |            |
|---|---|------------|---|------------|---|------------|--|------------|
|   | B. Sueldo proveniente del trabajo (Antes de los deducciones)  |            | C. Asistencia pública, manutención de menores, pensión por divorcio |            | D. Pensiones, jubilación, Seguro Social |            | E. Compensación para trabajadores, Seguro por desempleo, SSI, etc. |            |
|   | Monto   | Frecuencia | Monto   | Frecuencia | Monto                                   | Frecuencia | Monto  | Frecuencia |
| i.  | \$  |            | \$  |            | \$                                      |            | \$   |            |
| ii.   | \$  |            | \$  |            | \$                                      |            | \$   |            |
| iii.  | \$  |            | \$  |            | \$                                      |            | \$   |            |
| iv.   | \$  |            | \$  |            | \$                                      |            | \$   |            |
| v.  | \$  |            | \$  |            | \$                                      |            | \$   |            |

**4. Firma y Número de Seguro Social (Requiere la firma de un adulto)**

Un adulto que resida en el hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Sección 3, o si no se declaran ingresos en la Sección 1, el adulto que firma la solicitud debe proporcionar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "No tengo número de Seguro Social".

  X  X  X  -  X  X  -  \_\_\_\_\_    
Número de Seguro Social

No tengo número de Seguro Social.

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales tomando como base la información que he proporcionado. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder el derecho a las comidas y que podré ser procesado legalmente.*

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del adulto integrante del hogar (Escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del adulto integrante del hogar \_\_\_\_\_

**5. Datos de contacto (Información opcional)**

Teléfono del trabajo (Con código de área) \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (Con código de área) \_\_\_\_\_

Domicilio personal (número, calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

**6. Raza y origen étnico de los niños (Opcional)**

Marque un origen étnico:

Marque un origen étnico:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

- Asiático
- Blanco
- Negro o Africano Americano
- Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico

**7. Compartir la información de la solicitud con el programa All Kids—El programa All Kids es un programa integral de salud para todos los niños de Illinois.**

¡No! **NO DESEO** compartir información sobre mi Solicitud de Elegibilidad con el programa All Kids.

Firme aquí: \_\_\_\_\_

**PARA USO ESCOLAR ÚNICAMENTE—LEA utilice la conversión anual para todas las solicitudes del distrito.** Convierta los ingresos sólo si se declaran ingresos con distintas frecuencias de cobro.

**DETERMINACIÓN INICIAL**

Conversión de ingreso anual Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

INGRESO TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mes  Año Cantidad de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Cambio de condición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Gratis basado en:**

- Desamparado
- Inmigrante
- Fugitivo
- Programa Head Start
- SNAP o TANF
- Niño en cuidado de crianza
- Ingresos

**Precio reducido basado en:**

- Ingresos
- Beneficios negados. Motivo:  Ingresos demasiado altos  Solicitud incompleta

**Temporariamente:**

- gratis Hasta: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- precio reducido (45 días cada uno como máximo)

Fecha de suspensión: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario determinante \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES SECCIONES NO SE REQUIEREN PARA LOS PROGRAMAS DE LECHE GRATIS O PROGRAMAS DE LECHE EN ILLINOIS.**

**VERIFICACIÓN** (Previa a la verificación y solo para aquellas solicitudes seleccionadas para verificación) Firma del funcionario confirmante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DE LA CONFIRMACIÓN**

| VERIFICACIÓN DIRECTA COMPLETADA <input type="checkbox"/>                                 | DETERMINACIÓN INICIAL   | RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN  | MOTIVO DE CAMBIO:  | NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE ESTADO ENVIADA EL:  |
|--|---|--|--|---|
| FECHA DE ENVÍO DE VERIFICACIÓN: _____  | <input type="checkbox"/> Gratis basado en el número de caso SNAP/ TANF<br><input type="checkbox"/> Gratis basado en ingresos<br><input type="checkbox"/> Precio reducido basado en ingresos | <input type="checkbox"/> Sin cambio<br><input type="checkbox"/> De gratis a precio reducido<br><input type="checkbox"/> De gratis a pago<br><input type="checkbox"/> De precio reducido a gratis<br><input type="checkbox"/> De precio reducido a pago | <input type="checkbox"/> Ingresos: \$ _____<br><input type="checkbox"/> Tamaño del hogar: _____<br><input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF<br><input type="checkbox"/> No respondió<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | FECHA DE VIGENCIA DEL CAMBIO DE ESTADO: _____ |
| FECHA DE VENCIMIENTO PARA LA RESPUESTA DEL HOGAR: _____ (SE RECOMIENDA 10 DÍAS CORRIDOS) | <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Contacto personal  | Resultados _____   | Firma del funcionario verificador _____  | Fecha: _____                                  |
| FECHA, MÉTODO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO: _____ (SE RECOMIENDA 3 DÍAS HÁBILES)          |   |  |  |   |

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD - LLENE UN FORMULARIO POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR

### SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP OR TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en su hogar, indique la escuela y el grado para cada alumno, y el número de caso SNAP o TANF por cada miembro de su hogar, incluso los adultos que reciban dichos beneficios. (Adjunte otra hoja si fuera necesario).

**Sección 2:** Omite esta sección.

**Sección 3:** Omite esta sección.

**Sección 4:** Firme el formulario. (No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### SI NINGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES UN NIÑO DESAMPARADO, INMIGRANTE O SE HA IDO DEL HOGAR, O PARTICIPA DE LOS PROGRAMAS HEAD START O EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en su hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño.

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Complete solo si un niño en su hogar no cumple con los requisitos enumerados en la Sección 2. Vea las instrucciones para todos los otros hogares.

**Sección 4:** Firme el formulario. Proporcione los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social sólo si completa la Sección 3. (Marque el casillero correspondiente si el niño no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### SI SOLICITA BENEFICIOS PARA NIÑOS EN CUIDADO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Si todos los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidados de crianza o tribunal:

**Sección 1:** Enumere todos los niños en cuidado de crianza indique la escuela a la que asiste cada niño. Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza " para cada niño en cuidado de crianza.

**Sección 2:** Omite esta sección.

**Sección 3:** Omite esta sección.

**Sección 4:** Firme el formulario. (No es necesario incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Si algunos de los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidado de crianza o tribunal:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos". Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza " para cada niño en ciudad de crianza.

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

- **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.
- **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residen en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC; beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SOLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

**Sección 4:** Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUSO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos".

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

- **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.
- **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residen en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDPIR, WIC; beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SOLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

**Sección 4:** Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Declaración Sobre la Protección de la Información Privada: **A continuación se explica cómo utilizamos la información que usted proporciona.** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que se proporcione la información solicitada en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos otorgar comidas gratuitas o a precios reducidos para su niño. Deberá proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud. No se requiere proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social cuando se hace la solicitud en nombre de un niño en cuidado de crianza cuando se proporciona el número de caso SNAP, TANF, FDPIR o todo otro número de caso de servicios sociales que identifique a su niño, o cuando usted indique que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Utilizaremos la información provista para determinar si su niño cumple con los requisitos para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PUEDE QUE compartamos la información sobre su elegibilidad con programas educativos, de salud y alimentación para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisión de programas y con autoridades públicas para ayudarlos a investigar la violación de los reglamentos del programa.

Política de No-Discriminación: **A continuación se explica cómo proceder si usted cree que ha sido tratado injustamente.** "De conformidad con la Ley Federal y la política del Ministerio de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o los sordomudos pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio Telefónico para Sordomudos llamando al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Servicio en español). USDA es un prestador y empleador que ofrece igualdad de oportunidades".