

**Bishop Louis Reicher Catholic School, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para el 2020-2021**

This Box for School Use Only.  
Date Withdrawn:

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al <http://www.abcdofgh.edu>

**Parte 1: Definición de Miembro del Hogar.** Una persona que vive con usted y comparte los ingresos. Los niños temporalmente alojados (foster) niños que están en el hogar de migrantes sin hogar, (homeless), fugitivos (runaway), o que pertenecen a Head Start son elegibles para alimentos gratis. Para obtener más instrucciones para completar esta información

**A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.**

Liste el nombre de cada niño. ¿Asiste a la escuela en el distrito?

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Número de Identificación del Estudiante	Opcional: Marque todo lo que aplique.					
			Sí	No			Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo	
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad**

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR? No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio SI > FDIPIR, marque en la casilla  ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

**Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.**

Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimentaria (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1. \$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2. \$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3. \$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que está listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Anualmente
1. \$	\$	\$	\$	\$
2. \$	\$	\$	\$	\$
3. \$	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar.)

**Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo llenar este formulario.**

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: Shirley L. Meier, Bishop Louis Reicher Catholic School, 2208 No. 23<sup>rd</sup> St., Waco, Texas 76708, by fax to Shirley L. Meier @ 254-754-2091, by e-mail to [smeter@stlouiswaco.org](mailto:smeter@stlouiswaco.org), and/or return to your child's school to the attention of Shirley L. Meier, Cafeteria

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono y correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Miembro (Adulto) del hogar que llenó solicitud \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó la solicitud \_\_\_\_\_

**Parte 1: Nombres Adicionales**

**Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.**

Liste el nombre de cada niño. ¿Asiste a la escuela en el distrito?

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Sí	No	Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrant e	Fugitivo
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 2: Nombres Adicional**

**B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).**

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.**

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que está listado en el Parte 1.	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

**La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el *Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA*, (AD-3027) que está 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 bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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](mailto:program_intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.**

<b>Income Determination:</b> Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52   Every 2 Weeks x 26   Twice a Month x 24   Monthly x 12		<b>Date Received:</b>
Household Size: _____ Total Income: _____		<b>Categorical Determination:</b> <input type="checkbox"/>
Reviewing/Determining Official's Signature/Date _____		Eligibility: Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>
Confirming Official's Signature/Date _____		

The following guidelines apply to the CACFP, **NSLP**, SBP and SFSP

Note: Be sure you use the correct income eligibility guidelines based on the time period.

Effective July 1, 2020 – June 30, 2021

Household Size	Total Income												
	Annual		Monthly		Twice-Monthly		Bi-Weekly		Weekly				
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced			
No. of Household Members													
1	\$16,588	\$23,606	\$1,383	\$1,968	\$692	\$984	\$638	\$908	\$319	\$454			
2	\$22,412	\$31,894	\$1,868	\$2,658	\$934	\$1,329	\$862	\$1,227	\$431	\$614			
3	\$28,236	\$40,182	\$2,353	\$3,349	\$1,177	\$1,675	\$1,086	\$1,546	\$543	\$773			
4	\$34,060	\$48,470	\$2,839	\$4,040	\$1,420	\$2,020	\$1,310	\$1,865	\$655	\$933			
5	\$39,884	\$56,758	\$3,324	\$4,730	\$1,662	\$2,365	\$1,534	\$2,183	\$767	\$1,092			
6	\$45,708	\$65,046	\$3,809	\$5,421	\$1,905	\$2,711	\$1,758	\$2,502	\$879	\$1,251			
7	\$51,532	\$73,334	\$4,295	\$6,112	\$2,148	\$3,056	\$1,982	\$2,821	\$991	\$1,411			
8	\$57,356	\$81,622	\$4,780	\$6,802	\$2,390	\$3,401	\$2,206	\$3,140	\$1,103	\$1,570			
For each additional family member, add	+\$5,824	+\$8,288	+\$486	+\$691	+\$243	+\$346	+\$224	+\$319	+\$112	+\$160			

These guidelines are based on 130% (free) and 185% (reduced) of the federal poverty guidelines and are effective July 1, 2020 – June 30, 2021.