

Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido 2025-2026

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas Formulario escolar núm. 521/2025

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:
DEVUÉLVALA A:
DIRECCIÓN:

Las instrucciones para cada paso, incluidos ejemplos de ingreso se pueden encontrar en la Carta e Instrucciones para Padres.

PASO 1

Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a	MI Inicial	Apellido(s) del niño/a	Grado	Marque todas las opciones con correspondan	Foster Child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar	Solo para Estudiantes	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	¿Vive con un padre o pariente cuidador?	
					Si	No							
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐		

PASO 2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?

NO ☐ → Continúe al PASO 3.

Sí ☐ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]. Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba “0”. Si escribe “0” o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben?					Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben?					Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben?				
		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anualme nte
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de Seguro Social: ☐

B. Ingresos de los niño/as

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

	Ingresos de los niño/as	¿Con qué frecuencia se reciben?				
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
		\$	☐	☐	☐	☐

PASO 4

Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:

“Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables”.

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional)

PASO 5		Otros beneficios: No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comida gratuitas o a precio reducido.												
¿Desea recibir ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO? ☐ SI Si la respuesta es Sí, firme a la derecha → ☐ NO *La firma para los libros de texto solo es necesaria para los estudiantes que asisten a escuelas no públicas.					Certifico que soy el padre/tutor legal del/del niño(s) respecto del/de los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TITULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales. Firma del adulto que completa el formulario Fecha de hoy					Para uso exclusivo de la escuela: ☐ Aprobada ☐ Negada ☐ No Corresponde				
OPCIONAL														
Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.														
Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.														
Origen étnico (marque una opción): ☐ Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) ☐ Ni hispano ni latino														
Raza (marque una o más opciones): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco														
Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.														
NO LLENAR														
Solo para uso de la escuela.														
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.														
Total Income:		How often received?				Household Size:	Categorical Eligibility ☐	Eligibility Determination			Determining Official's Signature	Date		
		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly			Annual	Free	Reduced			Denied	
☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐			☐	
For use at verification														
Confirming Official's Signature				Date		Verifying Official's Signature				Date				