

2020-21

Tacoma ESCUELAS PUBLICAS #10 SOLICITUD DOMÉSTICA GRATIS Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO

Solicitar en línea: [www.mealappnow.com/mantac](http://www.mealappnow.com/mantac)

Complete, firme y devuelva esta solicitud a la escuela de su hijo o a los Servicios de Nutrición en 3321 South Union Ave. Tacoma, WA 98409

- Haga una lista de todos los estudiantes que viven con usted que asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño adoptivo, sin hogar o migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla apropiada. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y haga una "x" en la casilla correcta para la frecuencia con la que se recibe.

Identificación del estudiante #	Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	adoptivo	sin hogar	Migrante	Fecha de nacimiento	Número de escuela	Grado	Ingresos Estudiantiles	Semanal	Bisemana	2 X Mes	Mensual
				<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"/>

2. Si algún Miembro del Hogar (incluyéndose usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si no, vaya al paso 3.

Basic Food    TANF    Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIPR)   Número de caso \_\_\_\_\_

- Enumerar los nombres de todos los demás miembros del hogar - Ingrese los ingresos (en dólares enteros) y MARQUE con qué frecuencia se recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si introduce 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, está prometiéndolo que no hay ingresos que reportar.

Nombres de TODOS los otros miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Ganancias del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingresos				Asistencia Pública/Apoyo Infantil/Alimonia	Ingresos				Pensiones/ Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro ingreso que no esté ya listado	Ingresos			
		Semanal	Bisemana	2 X Mes	Mensual		Semanal	Bisemana	2 X Mes	Mensual		Semanal	Bisemana	2 X Mes	Mensual		Semanal	Bisemana	2 X Mes	Mensual
	\$	<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"/>	<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"/>

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar):  Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN)   
 (el total indicado debe ser igual al número de miembros del hogar listados arriba)  Marcar si no hay SSN:

- Información de contacto y firma – Complete, firme y devuelva esta solicitud a la escuela de su hijo o a los Servicios de Nutrición en 3321 South Union Ave., Tacoma, WA 98409. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se da en relación con la excepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre impreso del miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

Firma de miembro adulto del hogar \_\_\_\_\_

FORMA EXPIRA 6/30/2021

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono diurno \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)**– Estamos obligados a pedir información sobre la **raza y etnia de su(s) hijo(s)**. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para comidas gratuitas y a precio reducido.

Marcar una identidad étnica:

- Marca una o más identidades raciales:
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                                   | <input type="checkbox"/> Hispano o latino    |
| <input type="checkbox"/> Negro, o afroamericano             | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino |
| <input type="checkbox"/> Blanco                             |   |  |

La Ley de **Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted solicita en nombre de un niño adoptivo o usted enumera un Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Alimentación Básica), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Número de caso de Reservaciones Indias (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios de cumplimiento de la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las violaciones de reglas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus) derechos civiles, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra 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 a USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 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 es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Las Escuelas Públicas de Tacoma no discriminan en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, estado militar o veterano, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad o el uso de un perro entrenado guía o animal de servicio y proporciona el mismo acceso a los Boy Scouts y otros grupos de jóvenes designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de supuesta discriminación:

- Coordinadora de Derechos Civiles: Lisa Nolan, 253-571-1252, [lnolan@tacoma.k12.wa.us](mailto:lnolan@tacoma.k12.wa.us);
- Coordinador del Título IX: Eric Hogan, 253-571-1191, [ehogan1@tacoma.k12.wa.us](mailto:ehogan1@tacoma.k12.wa.us);
- 504 Coordinador: Primaria, Tracye Ferguson, 253-571-1173, [afergus@tacoma.k12.wa.us](mailto:afergus@tacoma.k12.wa.us);
- 504 Coordinador: Secundaria, Jon Bell, 253-571-1225, [jbll2@tacoma.k12.wa.us](mailto:jbll2@tacoma.k12.wa.us)

Fuentes de Ingresos para Niños		Fuentes de Ingresos para Adultos		
Fuentes de Ingreso infantil	Ejemplo(s)	Ganancias del trabajo	Asistencia pública / Alimonia / Manutención	Pensiones / Jubilación / Todos los demás ingresos
- Ganancias del trabajo	- Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o a tiempo parcial donde gana un salario o salario	- Salario, bonos en efectivo - Ingresos netos por el autoempleo (granja o negocio)	- Prestaciones por desempleo - Compensación del trabajador - Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local	- Seguro Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios de pulmón negro) - Pensiones privadas o prestaciones por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o patrimonios
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios del Sobreviviente	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social - Un Padre es discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios del Seguro Social	<b>Si usted está en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos:</b> - Pago básico y bonificaciones en efectivo (NO incluya pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)	- Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Beneficios de veteranos	- Anualidades - Ingresos por inversiones - Interés ganado - Ingresos por alquiler
-Ingresos de personas ajenas al hogar	- Un amigo o familiar extendido regularmente le da a un niño que gasta dinero	- Subsidios para vivienda, alimentos y ropa fuera de la base	- Beneficios de huelga	- Pagos regulares en efectivo desde hogares externos
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso			

