2023-2024 Household Application for Free and Reduced-Price Meals

Seattle Public Schools is committed to making its online information accessible and usable to all people, regardless of ability or technology. Meeting web accessibility guidelines and standards is an ongoing process that we are consistently working to improve.

While Seattle Public Schools endeavors to only post documents optimized for accessibility, due to the nature and complexity of some documents, an accessible version of the document may not be available. In these limited circumstances, the District will provide equally effective alternate access.

For questions and more information about this document, please contact the following:

Culinary Services
culinaryservices@seattleschools.org

Spanish

2023–24 APLICACION FAMILIAR PARA COMIDAS A PRECIO REDUCIDO Y GRATUITO

ESCUELAS PÚBLICAS DE SEATTLE

Complete, firme y regrese esta aplicación al comedor de la escuela de su hijo; o envíela por correo a: Culinary Services – MS 32-372; PO Box 34165; Seattle, WA 98124
También puede mandar esta aplicación por fax directamente a Culinary Services al 206-252-0664; o por correo electrónico a: culinaryservices@seattleschools.org

☐ **Indique en esta sección si recibió beneficios de comida el año pasado.**

1. Anote **todos los estudiantes** que viven con usted y que van a la escuela. Si el estudiante es adoptado, sin hogar o migrante indíquelo marcando con una "x" en la casilla apropiada. Incluya cualquier ingreso recibido personal por el estudiante y marque con una "x" en la casilla correspondiente para indicar la frecuencia con la que recibe esto.

Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Inicial 2ndo Nombre	Sin hogar	Migrante	Adoptad	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Salario del Estudiante	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐				$	☐	☐	☐	☐

2. **Si algún miembro de la familia (incluyéndose usted) participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia, anote el número de caso. Si no continúe con el paso 3.**

   ☐ Alimentación Básica ☐ TANF ☐ FDPIR Número de caso: _____

3. **Anote los nombres de otros miembros de la familia – Ingrese el salario (redondeado en dólares) y en CHEQUE que tan frecuente lo reciben. Si un miembro de la familia no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o deja las secciones de ingresos en blanco está usted dando su palabra que no hay ingresos que reportar. SI hace mención de un número de caso en el paso 2, omita el paso 3**

Nombre de TODOS los otros miembros en la familia (no escriba los nombres de los estudiantes ya anotados arriba)	Niño Adoptado	Salario por Trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual	Asistencia Pública/Manu-tención de menores/ Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual	Pensiones, Retiro, Seguro Social (SSI)	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual	Cualquier otro ingreso que no haya sido incluido	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$					$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$					$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$					$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$					$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. **Total de miembros de la familia (incluya a toda las personas que viven en su casa):** ☐ **Últimos cuatro números del seguro social (SSN)** ☐ **Marque si no tiene SSN:** ☐
   (El total debe ser igual al número de miembros de la familia arriba mencionados). **Principal salario de quien mantiene a la familia (cabeza de familia) u otro miembro de la familia**

5. **Información de contacto y firma** - Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se presenta con el fin de recibir fondos federales, y que los representantes de la escuela pueden verificar (comprobar) dicha información. Estoy consciente que, si a propósito doy información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios en alimentos y puedo ser procesado bajo las leyes estatales aplicables.

Escriba el Nombre del Miembro Adulto de la Familia	**Dirección**	**Correo electrónico**
Firma del Miembro Adulto en la Familia	**Ciudad, Estado y Código Postal** **Teléfono**	**Fecha**

6. Raza y grupos étnicos de los niños (Opcional)

Indique una o más identidades raciales:

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Negro, o Afro Americano
- ☐ Blanco
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico

Indique una identidad étnica:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

7. Otros Beneficios – Por favor marque la casilla frente a los programas que usted desea compartir el estatus de comida gratis a precio reducido de su hijo con el fin de calificar para una reducción en las tarifas:

☐ Tarifas de evento ☐ Excursiones ☐ Pruebas de Colocación Avanzada ☐ Libros "Running Start " ☐ Honorarios deportivos ☐ Cuotas de Asociación Estudiantil (ASB)
☐ Exámenes Pre-Universitarios (PSAT/SAT/ACT) ☐ Cuotas de Inscripción Universitarias

Firmando a continuación, permito que la información contenida en esta aplicación sea compartida con el/los otro(s) programas que he indicado.

Firma del Padre/Tutor _____ Fechas _____

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** necesita la información de esta aplicación. Usted no tiene que dar su información, pero si no lo hace, no podremos aprobar para que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número social del miembro adulto de la familia que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted aplique en nombre de un niño adoptado o haga mención de Programas de Asistencia Nutricional Suplementaria (Basic Food), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Programa de Distribución de Comida en Reservación India (FDPIR) número de caso u otro FDPIR identificador para su hijo o cuando indique que un miembro adulto de la familia que firme la aplicación y no cuente con un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su niño 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 los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y representantes para hacer cumplir la ley para ayudarlos a examinar violaciones de las reglas del programa.

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran programas del USDA está prohibido discriminar por raza, Nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalias o por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por la USDA

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para 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 USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una Carta dirigida al USDA y proporcione 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.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación del Distrito de las Escuelas Públicas de Seattle:

Las Escuelas Públicas de Seattle, SPS, brindan igualdad de oportunidades educativas e igualdad de oportunidades de trabajo y no discrimina ningún programa o actividad en función del sexo; carrera; credo; color; religión; ascendencia; nacionalidad; edad; estatus económico; orientación sexual, incluso la expresión o identidad de género; el embarazo; estado civil; apariencia física; la presencia de alguna discapacidad sensorial, mental o física; Estatus militar o veterano retirado con honores; o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio. SPS también proporciona acceso equitativo a los Boy Scouts y a otros grupos juveniles determinados.

Estudiantes y Miembros del Público con Inquietudes

Para estudiantes y miembros del público, los siguientes empleados han sido designados para responder a preguntas y quejas de presunta discriminación: Oficina de Derechos Civiles Estudiantiles, 206-252-0306, o oscr@seattleschools.org, o por correo a las Escuelas Públicas de Seattle, MS 32-149, PO Box 34165, Seattle, WA 98124-1166. A ese departamento:

Inquietudes de Discriminación Sexual: Para inquietudes sobre discriminación sexual, inclusive el acoso sexual, comuníquese con: El Coordinador de Quejas Título IX, 206-252-0367, o Title.IX@seattleschools.org

Inquietudes de Discriminación por Discapacidad: Para inquietudes sobre discriminación por discapacidad, comuníquese con: ADA / Sección 504 Coordinador de Quejas al 206-252-0178, o accessibility@seattleschools.org