



Solicitud de Elegibilidad y Beneficio de Educación para la Nutrición Infantil 2024-25 – Escuelas Públicas de Seattle

Spanish

Las Escuelas Públicas de Seattle se comprometen a hacer que la información en línea sea accesible y utilizable para todas las personas, independientemente de su capacidad o tecnología. Cumplir con las pautas y normas de accesibilidad web es un proceso continuo en el que trabajamos constantemente para mejorar.

Si bien las Escuelas Públicas de Seattle se esfuerzan por publicar solo documentos optimizados para la accesibilidad, debido a la naturaleza y complejidad de algunos documentos, es posible que no esté disponible una versión accesible del documento. En estas circunstancias limitadas, el Distrito proporcionará un acceso alternativo igualmente efectivo.

Para preguntas y más información sobre este documento, por favor contacte a los siguientes:

Culinary Services
culinaryservices@seattleschools.org

Solicitud de Elegibilidad y Beneficio de Educación para la Nutrición Infantil 2024-25 – Escuelas Públicas de Seattle

Solicitud de Elegibilidad y Beneficio de Educación para la Nutrición Infantil 2024-25 – Escuelas Públicas de Seattle

Spanish

Aplicar en línea: www.myschoolapps.com

Esta solicitud puede calificarlo para: beneficios de comidas, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y / o ayudar a asegurar fondos para su escuela, distrito. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés), completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Indique en aquí 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 2 ^{do} Nombre	Sin hogar	Migrante	Adoptad	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Salario del Estudiante	Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	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"/>

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)	Asistencia Pública/Manutención de menores/ Pensión Alimenticia				Pensiones, Retiro, Seguro Social (SSI)	Cualquier otro ingreso que no haya sido incluido					
			Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Quincenal	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"/>

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).

Asalariado principal u otro miembro del hogar (opcional si solo solicita EBT de verano)

5. Información de contacto y firma : complete, firme y devuelva esta solicitud a: el comedor escolar de su hijo; o envíela por correo directamente a: Servicios culinarios – MS 32-372, PO Box 34165, Seattle, WA 98124 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se informan y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de una organización estatal o tribal india diferente (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales 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
- Libros "Running Start "
- Honorarios deportivos
- Cuotas de Asociación Estudiantil (ASB)
- Costos del Libro Anual
- 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