

CÓMO ENVIAR UNA SOLICITUD DE COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas indicaciones para completar la solicitud para comidas gratis o a precio reducido. Debe enviar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de un centro/escuela de Murray School District. Se deberá enviar una solicitud a la escuela, la guardería, el centro de adultos o el hogar de cuidado de niños familiar. Se debe completar la solicitud en su totalidad para certificar a sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Siga estas indicaciones en orden. Cada paso de las indicaciones es el mismo que los pasos en su solicitud. Si en algún momento no está seguro de cómo continuar, comuníquese con Kay Lindorff, 801-264-7400, klindorff@murrayschools.org.

POR FAVOR, USE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) PARA COMPLETAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LO MÁS CLARO POSIBLE.

PASO 1: IDENTIFIQUE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL 12.º GRADO INCLUSIVE				
<p>Indíquenos cuántos bebés, niños y estudiantes escolares viven en su hogar. NO es necesario que sean familiares para formar parte de su hogar.</p> <p>¿A quiénes debo identificar aquí? Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros de su hogar que cumplan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sean niños de 18 años de edad o menores Y que sean mantenidos con los ingresos del hogar. • Estén bajo su cuidado según un acuerdo de cuidado de crianza o reúnan los requisitos para considerarlos jóvenes sin hogar, migrantes o que huyeron de casa. • Sean estudiantes que asistan a Murray School District, independientemente de la edad. 				
<p>A) Detalle el nombre de cada niño. Coloque el nombre de cada niño en letra de imprenta. Utilice una línea de la solicitud para cada niño. Cuando escriba los nombres, coloque una letra en cada casillero. Si se queda sin espacio, deténgase. Si hay más niños que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con toda la información solicitada de los niños adicionales.</p>	<p>B) ¿Es el niño un estudiante? Marque "Sí" o "No" en la columna titulada "Estudiante" para indicarnos qué niños se encuentran inscritos en la escuela o guardería. Si usted marcó "Sí", indique el nombre de la escuela o guardería en la que está inscrito cada niño.</p>	<p>C) Nivel de grado. Si usted marcó "Sí" e indicó a qué escuela o guardería asiste el niño, indique el nivel de grado del estudiante en la columna "Grado" ubicada a la derecha, o marque la casilla en la columna "Head Start" si el niño asiste a un programa Head Start. Deje en blanco si la edad escolar del niño es menor al 1.º grado.</p>	<p>D) ¿Tiene usted niños en cuidado de crianza? Si alguno de los niños informados es un niño en cuidado de crianza, marque la casilla "Niño en cuidado de crianza" junto al nombre del niño. Si usted presenta la solicitud ÚNICAMENTE para niños en cuidado de crianza, pase al PASO 4 después de completar el PASO 1. <u>Los niños bajo cuidado de crianza con los que usted vive pueden contarse como miembros de su hogar y deben incluirse en su solicitud.</u> Si usted enviará la solicitud para niños tanto en cuidado de crianza como no, vaya al paso 3.</p>	<p>E) ¿Hay niños sin hogar, migrantes o que huyeron de casa? Si usted considera que algún niño incluido en esta sección coincide con esta descripción, marque la casilla "Sin hogar; migrante; huyó de casa" junto al nombre del niño y <u>complete todos los pasos de esta solicitud.</u></p>
PASO 2: ¿PARTICIPA ACTUALMENTE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR EN UN PROGRAMA DE ASISTENCIA ELEGIBLE?				
<p>Si alguien de su hogar (incluso usted) actualmente participa en uno o más de los correspondientes programas de asistencia indicados a continuación, sus hijos son elegibles para recibir comidas gratis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuela/guardería: <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ○ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) ○ Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) • Centro de Adultos <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ○ Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) ○ Ingresos de Seguridad Social (SSI) ○ Medicaid • Hogar de Cuidado de Niños Familiar <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ○ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) ○ Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) ○ Medicaid ○ Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC) 				
<p>A) Un funcionario del lugar completará previamente el programa para el cual usted está presentando esta solicitud. El programa seleccionado indica qué programas son elegibles para recibir comidas gratis.</p>	<p>B) Los programas de asistencia correspondientes determinan la elegibilidad para recibir comidas gratis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los programas de asistencia que se indican estarán determinados por el programa seleccionado en la parte A. • Encierre en un círculo el programa de asistencia en el que participe alguien de su hogar. 	<p>C) Si alguien de su hogar participa en cualquiera de los programas detallados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese el número de caso correspondiente. Usted debe proporcionar un único número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con DWS 801-526-9675. • Vaya al PASO 4. 		

PASO 3: DECLARACIÓN DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

¿Cómo declaro mis ingresos?

- Utilice las tablas tituladas **“Fuentes de ingresos para adultos”** y **“Fuentes de ingresos para niños”** impresas en el dorso del formulario de solicitud para determinar si su hogar tiene ingresos que declarar.
- Declare todos los montos **ÚNICAMENTE EN INGRESOS BRUTOS**. Declare todos los ingresos en **dólares enteros**. No incluya los centavos.
 - Los ingresos brutos son los ingresos totales antes de la deducción de impuestos
 - Muchas personas consideran los ingresos como el monto que “llevan a casa” y no el monto “bruto” total. Asegúrese de que los ingresos que usted declara en esta solicitud NO incluyan deducciones para pagar impuestos, primas de seguros o cualesquier otros montos deducidos de su salario.
- Indique “0” en los campos donde no haya ingresos que declarar. Cualquier campo que se deje en blanco o vacío también se contará como cero. Si usted indica “0” o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar. Se investigará su solicitud si los funcionarios locales sospechan que hubo un error en su declaración de ingresos del hogar.
- Marque la frecuencia con la que se recibe cada uno de los ingresos utilizando las casillas de verificación ubicadas a la derecha de cada campo.

3.A. DECLARACIÓN DE INGRESOS OBTENIDOS POR NIÑOS

A) Declaración de todos los ingresos ganados o recibidos por los menores. Declare los ingresos brutos combinados de TODOS los niños incluidos en el PASO 1 de su hogar en la casilla marcada “Ingresos de menores”. Incluya a los niños en cuidado de crianza únicamente si usted presenta la solicitud para ellos junto con el resto de su hogar.

¿Qué son los Ingresos de menores? Los ingresos de menores es el dinero que se recibe desde el exterior de su hogar pagado DIRECTAMENTE a sus hijos. La mayoría de los hogares no tienen ingresos de menores.

3.B DECLARACIÓN DE INGRESOS OBTENIDOS POR ADULTOS

¿A quiénes debo identificar aquí?

- Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos en su hogar que viven con usted y comparten los ingresos y gastos, incluso si no son familiares e incluso si no reciben ingresos propios.
- **NO incluya:**
 - Personas que viven con usted pero que no se mantienen gracias a los ingresos de su hogar Y no contribuyen a los ingresos de su hogar.
 - Bebés, niños y estudiantes ya declarados en el **PASO 1**.

B) Informe los nombres de los miembros adultos de su hogar. Escriba con letra de imprenta el nombre de cada miembro de su hogar en las casillas marcadas “Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)”. No declare a ningún miembro declarado en el PASO 1. Si un niño declarado en el **PASO 1** cuenta con ingresos, siga las indicaciones de la **parte A del PASO 3**.

C) Declare las ganancias provenientes de empleos. Declare todos los ingresos provenientes de empleos en la casilla “Ganancias provenientes de empleos” de la solicitud. Por lo general, es el dinero percibido por trabajar en puestos laborales. Si usted es autónomo o dueño de una granja, declarará sus ingresos netos.
¿Qué pasa si soy autónomo? Declare los ingresos netos como ingresos provenientes de empleos. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa de los ingresos brutos o ganancias.

D) Declare los ingresos en concepto de asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia. Declare todos los ingresos que correspondan en el campo “Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimenticia” de la solicitud. No declare el valor en efectivo de ningún beneficio de asistencia pública que NO se incluya en la tabla. Si se reciben ingresos por manutención de menores o pensión alimenticia, solo incluya los pagos ordenados por un tribunal. Los pagos informales pero regulares deben declararse como “otros” ingresos en la siguiente parte.

E) Declare los ingresos provenientes de pensiones/jubilaciones/todos los demás tipos de ingresos. Declare todos los ingresos que correspondan en el campo “Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos” de la solicitud.

F) Declare el tamaño total del hogar. Ingrese el número total de miembros del hogar en el campo “Total de miembros del hogar (niños y adultos)”. Este número DEBE ser igual a la cantidad de miembros del hogar informados en el **PASO 1** y en el **PASO 3**. Si hay algún miembro de su hogar que no haya incluido en la solicitud, regrese e inclúyalo. Es muy importante incluir a todos los miembros del hogar, ya que el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratis o a precio reducido.

G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social. Un miembro adulto de su hogar debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social en el espacio provisto. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no cuenta con un Número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto del hogar cuenta con un Número del Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha etiquetada como “Marque si no tiene SSN”.

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Todas las solicitudes deben estar firmadas por un miembro adulto del hogar. Al firmar la solicitud, el miembro adulto certifica que toda la información se ha declarado de manera veraz y completa. Antes de completar esta sección, asegúrese de haber leído también las declaraciones de privacidad y de derechos civiles en el dorso de esta solicitud.

A) Proporcione su información de contacto. Indique su dirección actual en los campos correspondientes si esta información se encuentra disponible. Si no tiene dirección permanente, esto no evita que sus hijos sean elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a localizarlo rápidamente en caso de que sea necesario comunicarse con usted.

B) Escriba su nombre en letra de imprenta y firme. El adulto que firma la solicitud debe escribir su nombre en letra de imprenta y luego firmar la casilla “Firma del adulto”.

C) Escriba la fecha. Coloque la fecha del día actual en la casilla, en el espacio provisto.

D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños (opcional). Le pedimos que comparta información acerca del origen racial y étnico de los niños en el dorso de la solicitud. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si no marca una raza o etnicidad, estas se marcarán para usted basándose en la observación visual.

Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2018-2019

Haga su solicitud en línea en:

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Envíe la solicitud completa a:

PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

Definición de Miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante?		Nombre de la escuela	Grado	Head Start / Niño en cuidado de crianza / Sin hogar; Migrante; Huyó de casa		
			Sí	No			Head Start	Niño en cuidado de crianza	Sin hogar; Migrante; Huyó de casa
			<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"/>

Marque todas las que correspondan

PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles? Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique.

SNAP
 TANF-FDP
 FDPIR

b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. No escribe el número de Medicaid.

PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de Ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.

A. Ingresos de menores
A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)
Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

¿Con qué frecuencia?

Ingresos de menores	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias provenientes de empleos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/jubilaciones/ todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

➔
Total de miembros del hogar (niños y adultos)
Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar

Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si corresponde)	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)
Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta		Firma del adulto		Fecha actual	

INDICACIONES

Fuentes de ingresos

Fuentes de ingresos para menores	
Fuentes de ingresos de menores	Ejemplo(s)
- Ganancias provenientes de empleos	- Un niño tiene un trabajo regular de tiempo completo o parcial por el cual gana un salario o sueldo
- Seguro Social - Pagos por incapacidad - Beneficios para sobrevivientes	- Un niño es ciego o padece una discapacidad y recibe beneficios de Seguridad Social -Un padre padece una discapacidad, está jubilado o falleció, y su hijo recibe beneficios de Seguridad Social
-Ingresos de persona fuera del hogar	- Un amigo o familiar regularmente le da dinero a un niño para sus gastos
-Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo privado de pensión, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para adultos		
Ganancias provenientes de empleos	Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de menores	Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos
- Salario, sueldos, premios en efectivo - Ingresos netos por trabajo autónomo (granja o empresa) - Strike benefits Si usted forma parte de las fuerzas militares de los EE. UU.: - Sueldo básico y premios en efectivo (NO incluir pago por combate, FSSA o asignaciones por vivienda privatizada) - Asignaciones por vivienda fuera de la base, alimentos y vestimenta	- Beneficios por desempleo - Compensación a trabajadores - Ingreso de Seguro Complementario (SSI) - Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local - Pagos por pensión alimenticia - Pagos por manutención de menores - Beneficios para veteranos	- Seguro Social (incluida la jubilación de ferroviarios y el seguro por neumoconiosis del minero [pulmón negro]) - Pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o herencias - Pensiones alimenticias - Ingresos por inversiones - Intereses ganados - Ingresos por rentas - Pagos regulares en efectivo desde el exterior del hogar

OPCIONAL

Identidades raciales y étnicas de los niños

Se nos requiere solicitarle información sobre el origen racial y étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar un servicio completo para nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

- Origen étnico (marcar uno):** Hispano o latino No hispano ni latino
- Raza (marcar una o más):** Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico Blanco

La **Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información de esta solicitud. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo(a) para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del seguro social no son necesarios cuando usted presenta una solicitud en nombre de un menor en cuidado de crianza o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-FEP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIR) u otro identificador de FDIR para su hijo(a), o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución 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, con auditores para revisar programas, y con el personal de las fuerzas del orden público para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

De acuerdo con la Ley federal de derechos civiles y con los reglamentos y las políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad, o tomar represalia o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para comprender 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 los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con dificultades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Además, la información sobre el programa puede ponerse a su disposición en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja ante el programa por discriminación, complete el Formulario de Quejas ante el Programa por Discriminación del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA; o escriba una carta dirigida al USDA y en la carta incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
(202) 690-7442; or
correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que respeta la igualdad de oportunidades.

No completar

Solo para uso administrativo

Annual Income Conversion: Weekly (semanal) x 52, Every 2 Weeks (cada dos semanas) x 26, Twice a Month (bimensual) x 24, Weekly (mensual) x 12

Total Income How Often? Household size

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Categorical Eligibility

Eligibility:		
Free	Reduced	Paid/Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Error Prone

Determining Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Confirming Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Verifying Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>
---	---------------------------	--	---------------------------	---	---------------------------