Solicitud para recibir beneficios de alimentos 2022-2023 **Distrito Escolar Independiente de Waller** **FECHA DE HOY: _____**

Lea las instrucciones al dorso. Use tinta negra o azul y no marque fuera de las casillas. Escriba en letra de imprenta (molde) MAYUSCULA. Llene una solicitud por familia/hogar. O si prefiere EN LINEA www.mealappnow.com/manwal

Si necesita ayuda favor de llamar al numero 936.931.2347

❶ **SI ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA ESTA RECIBIENDO ESTAMPILLAS O AYUDA DEL GOBIERNO, ESCRIBA EL NUM. DE ELEGIBILIDAD AQUI** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

❷ **ESTUDIANTES viviendo en el hogar:** Complete la parte de abajo Incluya **TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN AL DISTRITO DE WALLER**. Marque el siguiente espacio si aplica a uno de estos casos.

	ID del estudiante	Primer nombre	Apellido	Grado	Nombre de la Escuela	Adoptado	Sin hogar	Migra de estado en estado	Fuera de casa
1.									
2.									
3.									
4.									

SI UN MIEMBRO DEL HOGAN TIENE NUMERO DE ELEGIBILIDAD DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, NO TIENE QUE LLENAR LA PARTE SIGUIENTE.

❸ **OTROS MIEMBROS EN ELHOGAR: Incluya los miembros y sus ingresos si tienen.** Escriba los ingresos **ANTES** de las deducciones. No incluya a los estudiantes que ya estan en la parte de arriba.
En la caja de frecuencia **MARQUE CADA CUANDO RECIBE EL SALARIO.**? DE LA SIGUIENTE MANERA**; (W = Semanal, E= Cada dos semanas, T= Dos veces al mes, M= Mensual, y A= Anualmente).**
Si pone un cero (0) en la caja donde dice ingreso o la deja en blaco indicara que usted **NO** tiene ingreso, Y esta afirmando que la informacion es correcta.

Imprima el nombre y apellido de los demas Miembros en el hogar	El Salario que recibe antes de deducciones	Frecuencia (circule uno)	Dinero que recibe del gobierno o pension alimenticia	Frecuencia (circula uno)	Dinero que recibe de pensiones retiro o seguro social	Frecuencia (circule uno)	Otro dinero recibido	Frecuencia (circule uno)
1.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
2.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
3.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
4.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A

TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA _____

COMBINE EL SALARIO QUE RECIBEN LOS ESTUDIANTES (NO INCLUYA EL SALARIO DE LOS ADULTOS):

Nombre del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Anual
1.	$	$	$	$	$
2.	$	$	$	$	$
3.	$	$	$	$	$

❹ **SECCION DE FIRMA** **Declaro que toda la informacion suministrada en esta aplicacion es verdadera, complera y exacta. Todos los ingresos han sido reporta-Dos . Entiendo que la escuela recibira fondos federales con base en la informacion que he suministrado. Entiendo que funcionarios Escolares pueden verificar la informacion. Comprendo que si doy informacion falsa, mis hijos podrian perder los beneficios e incluso yo puedo ser enjuiciado..**

FIRME ESTE DOCUMENTO **Imprima su nombre** **Imprima su apellido**

❺ **SEGURO SOCIAL** **Un adulto miembro de la familia debera proveer los ultimos 4 digitos del SS. Si no tiene marque la otra caja (Ver la acta de privacidad al reverse de esta aplicacion)**

Ultimos 4 digitos del SS **Si no tiene SS marque aqui**

X XX-X X- ☐☐☐☐ ☐

Regrese esta aplicacion complete a: Departamento de Nutricion escolar 1918 Key Street Waller TX 77484, O por fax al 936-931-4047, o correo electronico : rboleman@wallerisd.net, o con su estudiante en la escuela.

Direccion donde le llega toda su correspondencia | # Apartamento | Ciudad | Estado | Codigo postal | Numero de Telefono

Continua en la pagina siguiente

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture , Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.