

2024-25 APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA NUTRICIÓN INFANTIL Y BENEFICIOS EDUCATIVOS

Arlington School District

Esta aplicación 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 ayuda para asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) están inscritos en una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o de Disposición 2, completar esta aplicación no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Oficina de la escuela o Oficina de Child Nutrition (135 S. French Avenue, Arlington, WA, 98223)

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado: ☐

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el niño está en cuidado de crianza temporal, sin hogar, o recibiendo servicios abajo el programa de educación migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por 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"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por 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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN: ☐
(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar (opcional si solo está aplicando para EBT de verano)

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: 135 S. French Avenue, Arlington, WA, 98223

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todo el ingreso ha sido reportado, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o de una organización Tribal Indígena (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal	Ciudad, Estado, & Código postal	Teléfono durante el día	Fecha
6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido			
Marque una o más identidades raciales:			
<input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o isleño del pacifico	Marque una identidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	

Elegibilidad para Nutrición Infantil: La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1)correo:	(2)fax:	(3)correo electrónico:
U.S. Department of Agriculture	(833)256-1665 o (202) 690-7442; o	program.intake@usda.gov
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights		
1400 Independence Avenue, SW		
Washington, D.C. 20250-9410; or		

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar de Arlington

Las Escuelas Públicas de Arlington brindan igualdad de oportunidades y trato educativo para todos los estudiantes en todos los aspectos del programa académico y de actividades sin discriminación por motivos de raza, religión, credo, color, origen nacional, edad, veterano dado de baja honorablemente o condición militar, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, estado civil, la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por parte de una persona con una discapacidad. El Distrito brindará igualdad de acceso a las instalaciones escolares a los Boy Scouts of America y a todos los demás grupos de jóvenes designados que figuran en el Título 36 del Código de los Estados Unidos como sociedad patriótica. Los programas del distrito estarán libres de acoso sexual. Se proporcionarán ayudas y servicios auxiliares previa solicitud a personas con discapacidades auditivas, visuales o del habla. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de presunta discriminación: (1) FUNCIONARIO DE TÍTULO IX Y COORDINADOR DE CUMPLIMIENTO: Sr. Eric DeJong, Director Ejecutivo, Recursos Humanos, 315 N French Ave., Arlington, WA 98223, 360.618.6212 edejong@asd.wednet.edu (2) COORDINADOR DE LA SECCIÓN 504, Sr. Dave McKellar, Director de Educación Especial, 315 N French Ave, Arlington, WA 98223, 360.618.6209, dmckellar@asd.wednet.edu

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
☐ Income Household Total Household Income \$_____ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Meals **APPLICATION DENIED BECAUSE:** ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____
☐ Reduced-Price Meals ☐ Incomplete/Missing Information

 Date Notice Sent

 Signature of Approving Official

 Date