

Disposición de elegibilidad de la comunidad (CEP) / Provisión 2 año no base

Formulario de Elegibilidad de Ingresos Domésticos 2019-2020

Greater Amsterdam School District está participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños en la escuela recibirán comidas / leche sin cargo, independientemente de los ingresos del hogar o la finalización de este formulario. Este formulario es para determinar la elegibilidad para beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que su (s) hijo (s) pueden calificar. Lea las instrucciones al dorso, complete solo un formulario para su hogar, firme su nombre y devuélvalo a la escuela mencionada arriba. Llame a Business Office (518)843-3180, ext. 7405.

1. Haga una lista de todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre	Escuela	Grado/Profesora	Hijo Adoptivo	Sin Ingresos
			<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. SNAP/TANF/FDPIR Beneficios:

Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, enumere su nombre y CASO # aquí. Pase a la Parte 5 y firme la aplicación.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Ingreso bruto del hogar: enumere a todas las personas que viven en su hogar, la cantidad y la frecuencia con que se les paga (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente). No deje ingresos en blanco. Si no hay ingresos, marque la casilla. Si ha incluido a un niño de crianza en la parte superior, debe informar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Monto/Cuan seguido</i>	Manutención infantil, pensión alimenticia <i>Monto/Cuan seguido</i>	Pensiones, Jubilación, Pagos <i>Monto/Cuan seguido</i>	Otro Ingresos, Seguridad Social <i>Monto/Cuan seguido</i>	Sin Ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Firma: un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la información se está dando para que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si deliberadamente proporciono información falsa, es posible que me procesen según las leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comida.

Firma:
Dirección de correo electrónico:

Fecha:
Telefono:

Dirección de casa:

Formulario CEP / Provisión 2 Ingresos de las familias fuera del año base **INSTRUCCIONES**

PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMATO PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para quienes está solicitando en un formulario.
- (2) Haga una lista de su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar que un niño de crianza temporal vive en su hogar, y marque la casilla para cada niño sin ingresos.

PARTE 2 **LOS HOGARES QUE OBTENEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**

- (1) Enumere un número de caso actual de SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar. No use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4. PASE A LA PARTE 3 - No liste los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si menciona un número de SNAP, TANF o FDPIR.

PARTE 3 & 4 **TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR TODAS LAS PARTES 3 Y 4.**

- (1) Escriba los nombres de todas las personas de su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. Incluya a usted mismo, a los niños para quienes está completando el formulario, a todos los demás niños, a su cónyuge, a sus abuelos y a otras personas relacionadas y no relacionadas que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que cada miembro del hogar recibe, antes de deducir los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona. Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente. Si no tiene ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier cuidado infantil provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por tal cuidado bajo el Subsidio en Bloque de Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Programas de Cuidado Infantil en Riesgo no debe considerarse como ingreso para este programa.

Privacy Act Statement

OTHER BENEFITS: Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduce price meal application. Your written consent is required before any information may be released. Please refer to the attached parent Disclosure Letter and Consent Statement for information about other benefits.

USE OF INFORMATION STATEMENT

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We Will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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 Services (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: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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, DC 20250-941

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program_intake@usda.gov.

(4) Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.