



**PASO 5**

**Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.**

¿Desea recibir **ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO**?

- Sí  
 No

Si la respuesta es Sí, **firmo a la derecha** →

Certifico que soy el padre/tutor legal del/de los niño(s) respecto del/de los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TITULO 45, PARTES 260 Y 265, del Código de Reglamentos Federales.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Para uso exclusivo de la escuela:

- Aprobado  
 Denegado  
 No Aplica

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de **Medicaid** o **Hoosier Healthwise**. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del adulto que completa el

Fecha de hoy

**Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.**

**OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños**

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

**Origen étnico (seleccione una opción):**

- Hispano o latino  
 No hispano ni latino

**Raza (seleccione una o más opciones):**

- Indígena de EE. UU. o Alaska  
 Asiática  
 Negra o afroamericana  
 Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  
 Blanca

**2020-2021**

**Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.**

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

**Declaración de no discriminación: explica qué debe hacer si cree que lo han tratado injustamente.** 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: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](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:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA**

**INCOME CONVERSION to YEARLY:**

WEEKLY X 52

EVERY 2 WEEKS X 26

TWICE A MONTH X 24

MONTHLY X 12

**ELIGIBILITY DETERMINATION**

Income Eligibility: Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_ per:  Weekly  Every 2 Weeks  Monthly  Twice a Month  Yearly

OR Categorical Eligibility:  Food Stamps/TANF  Migrant  Homeless  Runaway  Foster

Eligibility Determination:  Approved Free  Approved Reduced price  Denied

Reason for Denial:  Income Too High  Incomplete Application  Other \_\_\_\_\_

Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

**VERIFICATION**

Confirmation Review Official: \_\_\_\_\_ Application Direct Verified? Yes  No

Date Verification Notice Sent: \_\_\_\_\_

Date Response Due from Households: \_\_\_\_\_

Date Second Notice Sent (or N/A): \_\_\_\_\_

Approval Based On:  
 Food Stamps / TANF Case Number

Household Size and Income

Other \_\_\_\_\_

Verification Results:

- No Change  
 Free to Reduced  
 Free to Paid  
 Reduced to Free  
 Reduced to Paid

Reason for Change:

- Income: \_\_\_\_\_  
 Household Size: \_\_\_\_\_  
 Change in Food Stamps /TANF  
 Did not respond  
 Other: \_\_\_\_\_

Date Notice of Change Sent: \_\_\_\_\_

Date Change Made: \_\_\_\_\_

**Request for Appeal**

Date Hearing Requested: \_\_\_\_\_

Hearing Decision: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_