

# Solicitud de Vermont para comidas escolares gratuitas y a precio reducido, período 2024-2025

Complete una solicitud por hogar. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

**REALIZAR LA SOLICITUD EN LÍNEA:  
DEVOLVER A (Nombre de la escuela/distrito):  
DIRECCIÓN**

## PASO 1 Incluya a TODOS los niños, los bebés y los estudiantes hasta el grado 12 inclusive. Adjunte otra hoja de papel si necesita espacio para más nombres.

Incluya a TODOS los niños que viven en el hogar en la lista. No olvide de incluir a los bebés, los niños escolarizados en otros centros, los niños no escolarizados y los niños que no solicitan beneficios. Esto incluye a niños que no tienen parentesco con usted en su hogar.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	Nombre de la escuela (si corresponde)	Niño en cuidado temporal	Migrante	Fugitivo	En condición de calle
					<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 checked="" type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan

Si marcó alguna de estas casillas, consulte el Paso 1 de las Instrucciones de la solicitud: Parte C y Parte D.

## PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en: 3SquaresVT, o Reach Up?

**NO** → Vaya al PASO 3.  **SI** → Escriba aquí el número de caso y pase al PASO 4.

Número de caso (no de la tarjeta EBT): \_\_\_\_\_

## PASO 3 Indique TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro (antes de impuestos y deducciones)

**A. Todos los adultos que viven en el hogar (Toda persona adulta que resida con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no tienen una relación de parentesco, incluyéndolo a usted) Adjunte otra hoja de papel si necesita espacio para más nombres.** Incluya a todos los adultos que viven en el hogar y no fueron mencionados en el PASO 1 (incluyéndolo a usted), aunque no tengan ingresos. Para cada miembro del hogar mencionado, si recibe ingresos, indique el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente en dólares enteros (sin centavos). En caso de no percibir ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (jurando)

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos provenientes del trabajo	¿Con qué frecuencia los recibe?					Asistencia pública, Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia	¿Con qué frecuencia los recibe?				Otros Ingresos*	¿Con qué frecuencia los recibe?			
		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente	Anual mente		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente		Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual mente
	\$	<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"/>

Número total de miembros del hogar (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del principal contribuyente o de otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Seleccione la casilla si no se tiene número de Seguro Social

\*Todos los demás ingresos, entre ellos pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI o beneficios de la Administración de Veteranos (VA)  
  
Consulte el reverso de la solicitud para obtener una lista de las fuentes de ingresos.

### B. Ingresos de los menores

En ocasiones, los niños del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya el ingreso TOTAL (antes de impuestos y deducciones) que reciben TODOS los niños mencionados en el PASO 1 aquí.

Ingresos de los menores	¿Con qué frecuencia los recibe?				
	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al Mes	Mensualmente	Anualmente
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (juro) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos están declarados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y yo puedo ser procesado según las leyes estatales y federales que correspondan."

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario \_\_\_\_\_

Firma del adulto \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Dirección postal (si está disponible) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

**FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS** Para más información sobre los ingresos, consulte las instrucciones que acompañan a esta solicitud.

Fuentes de ingresos		
Ingresos provenientes del trabajo	Asistencia pública/Pensión alimenticia/Manutención de menores	Pensiones/Jubilaciones/Otras fuentes de ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sueldo, salario, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li> <li>Ingresos netos provenientes del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)</li> </ul> <p><b>Si está en los EE.UU. Militares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salario base y bonos en efectivo (NO incluir salario por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizada)</li> <li>Subsidios para vivienda fuera de la base, alimentación y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Subsidios por desempleo</li> <li>Indemnización de los trabajadores</li> <li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>Ayuda en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>Pensiones alimenticias</li> <li>Pagos de manutención de menores</li> <li>Prestaciones para veteranos</li> <li>Beneficios por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguro Social/Incapacidad (por ejemplo, jubilación ferroviaria y beneficios por pulmón negro)</li> <li>Pensiones privadas o beneficios por invalidez</li> <li>Ingresos frecuentes de fideicomisos o herencias</li> <li>Anualidades</li> <li>Ingresos por inversiones</li> <li>Intereses devengados</li> <li>Ingresos por alquileres</li> <li>Pagos habituales en efectivo que no provienen del grupo familiar</li> </ul>

Ejemplos de ingresos para menores
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un menor tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario.</li> <li>El menor es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.</li> <li>El padre o la madre es discapacitado, está jubilado o falleció y su hijo recibe beneficios de Seguro Social.</li> <li>Un amigo o un miembro de la familia extendida da dinero habitualmente al menor para sus gastos.</li> <li>Un menor recibe ingresos frecuentes de un fondo de pensiones privado, una renta vitalicia o un fideicomiso.</li> </ul>

**OPCIONAL** Identidades étnicas y raciales de los menores. Esta información es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

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

**Origen étnico (marque uno):**  Hispano o latino (Persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)  No hispano o latino

**Raza (marque una o más):**  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico  Blanco

**NO RELLENAR** Solo para uso escolar.

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Per Year

Household Size

Categorical Eligibility
<input type="checkbox"/>

Eligibility		
Free	Reduced	Denied
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS**

**La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que utilicemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Solo se pueden aprobar formularios completos.** Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a entregar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Asegúrese de proporcionar los últimos cuatro números del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. En caso de que el adulto no cuente con uno, "Marque si no tiene número de Seguro Social". En las solicitudes de acogida de menores no es necesario indicar el número de la Seguro Social. No es necesario indicar el número de Seguro Social en las solicitudes de los niños que viven en hogares beneficiarios del Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Existen casos en los que los niños califican automáticamente para recibir comidas gratuitas, sin requerir una solicitud. Póngase en contacto con su escuela para conseguir comidas gratuitas para un niño en acogida, y para niños sin hogar, inmigrantes o fugados.

**Información adicional:** Para obtener información sobre el seguro médico gratuito o de bajo costo, comuníquese con Green Mountain Care al 1-800-8427 o visite [www.GreenMountainCare.org](http://www.GreenMountainCare.org). Para obtener información sobre 3SquaresVT para ayudar con los gastos de alimentos, llame al 1-800-479-6151.

**La información de contacto que se proporciona a continuación es únicamente para presentar una queja por discriminación:** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles. Es posible que la información del programa esté disponible en diferentes idiomas, aparte del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, impresión grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

**Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar el formulario AD-3027, que es el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:**

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, dirección, número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria dando detalles precisos para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre el carácter y la fecha de una supuesta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser enviados al USDA por: (1) correo postal: Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410, o (2) FAX: (833) 256-1665; o bien

(3) Correo electrónico: [program@intake@usda.gov](mailto:program@intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.