

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. The **CEREBRAL PALSY North JERSEY dba Pillar Care Continuum** offers healthy meals every school day at the prices listed below. **Your children may qualify for free meals or for reduced price meals.**

	FULL PRICE			REDUCED PRICE		
	Elementary	Middle	High	Elementary	Middle	High
National School Lunch	\$3.05	\$3.05	\$3.05	\$0.40	\$0.40	\$0.40
School Breakfast	\$1.90	\$1.90	\$1.90	\$0.30	\$0.30	\$0.30
After School Snack	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Special Milk Program	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Split Session Milk Program	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>N/A - Not Applicable</i>						

This packet includes an application for free or reduced price meal benefits, and a set of detailed instructions. For a convenient way to fill out the meal application, go to [www.pillarschoolsnj.org/for-parents/school-lunch-menus](http://www.pillarschoolsnj.org/for-parents/school-lunch-menus).

1. WHO CAN GET FREE OR REDUCED PRICE MEALS?

- All children in households receiving benefits from **NJ SNAP** or **NJ TANF/WorkFirst-NJ** are eligible for free meals.
- Foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals.
- Children participating in their school’s Head Start program are eligible for free meals.
- Children who meet the definition of homeless, runaway, or migrant are eligible for free meals.
- Children may receive free or reduced price meals if your household’s income is within the limits on the Federal Income Eligibility Guidelines. Your children may qualify for free or reduced price meals if your household income falls at or below the limits on this chart.

11. MAY I APPLY IF SOMEONE IN MY HOUSEHOLD IS NOT A U.S. CITIZEN? Yes. You, your children, or other household members do not have to be U.S. citizens to apply for free or reduced price meals.
12. WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME? List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1000 each month, but you missed some work last month and only made \$900, put down that you made \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but do not include it if you only work overtime sometimes. If you have lost a job or had your hours or wages reduced, use your current income.
13. WHAT IF SOME HOUSEHOLD MEMBERS HAVE NO INCOME TO REPORT? Household members may not receive some types of income we ask you to report on the application, or may not receive income at all. Whenever this happens, please write a 0 in the field. However, if any income fields are left empty or blank, those will also be counted as zeroes. Please be careful when leaving income fields blank, as we will assume you meant to do so.
14. WE ARE IN THE MILITARY. DO WE REPORT OUR INCOME DIFFERENTLY? Your basic pay and cash bonuses must be reported as income. If you get any cash value allowances for off-base housing, food, or clothing, or receive Family Subsistence Supplemental Allowance payments, it must also be included as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. Any additional combat pay resulting from deployment is also excluded from income.
15. WHAT IF THERE ISN'T ENOUGH SPACE ON THE APPLICATION FOR MY FAMILY? List any additional household members on a separate piece of paper, and attach it to your application.
16. MY FAMILY NEEDS MORE HELP. ARE THERE ANY OTHER PROGRAMS WE MIGHT APPLY FOR? To find out how to apply for NJ SNAP or other assistance benefits, contact your local assistance office, call 1-800-687-9512 or go to [nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/](http://nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/). You can also contact NJ FamilyCare or Medicaid at 1-800-701-0710 or [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) for information regarding health insurance for your family. For the WIC Program, call 1-800-328-3838 or go to [www.nj.gov/health/fhs/wic](http://www.nj.gov/health/fhs/wic).

If you have other questions or need help,  
call (973)821-8054 Ext:1209

**Sincerely,**

*Signature:*

**Name:** Athena Formichella \_\_\_\_\_

**Title:** Food Service Director

**APPLICATION #:**

**2023-2024 Application for Free and Reduced Price School Meals**

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

**APPLY ONLINE: Not Available**

**RETURN TO (School/District Name):** Pillar Elementary

**ADDRESS:** 51 Old Rd. Livingston, NJ 07039

**STEP 1** List ALL children, infants, and students up to and including grade 12. Attach another sheet of paper if you need space for more names.

List ALL children in the household. Do not forget to list infants, children attending other schools, children not in school, and children not applying for benefits. This includes children not related to you in your household.

Child's First Name	MI	Child's Last Name [press space bar to advance]	School Name (Abbr.)	Grade	Foster Child	Migrant Worker	Runaway	Homeless
					<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"/>

Check all that apply

If you checked any of these boxes, please refer to the Application Instruction's Step 1: Part C & Part D.

**STEP 2** Do any household members (including you) participate in: SNAP, TANF, or FDPIR?

**NO** → Go to STEP 3.  **YES** → Write case number here and proceed to STEP 4.

**CASE NUMBER (NOT EBT NUMBER):**

Write only one case number in this space.

**STEP 3** List ALL household members and income for each member (before taxes and deductions)

**A. All Adult Household Members (Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related, including you.)**

List all Adult Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they receive income, report total gross income (before taxes and deductions) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How often received?					Public Assistance, Child Support, Alimony	How often received?				Pensions, Retirement, Social Security, SSI, VA Benefits, All Other	How often received?			
		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly		Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly
	\$	<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"/>

Total Household Members (Children and Adults)

Last Four Numbers of Social Security Number of Primary Wage Earner or other Adult Household Member (If Applicable)

Check if no Social Security Number

**Please see application's back for list of income sources.**

**B. Child Income**

Sometimes children in the household earn or receive income. Include the TOTAL income (before taxes and deductions) received by ALL children listed in STEP 1 here.

Child Income \$

How often received?

Weekly  Every 2 Weeks  2x Month  Monthly  Annual

**STEP 4** Contact information and adult signature. **RETURN COMPLETED FORM TO YOUR CHILD'S SCHOOL:** Insert school address here

"I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (confirm) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."

Print Name of Adult Signing the Form Signature of Adult Today's Date

Mailing Address (if available) City State Zip Phone (optional) Email (optional)

# How To Apply for Free and Reduced Price School Meals

Please use these instructions to help you fill out the application for free and reduced price school meals. You only need to submit one application per household, **even if your children attend more than one school in the [Insert School District]**.

The application must be filled out completely to determine the eligibility of your child(ren) for free or reduced price school meals. Please follow these instructions in order! Each step of the instructions is the same as the steps on your application. If at any time you are not sure what to do next, please contact [Insert school/school district contact here; phone and email preferred].

**Please use a pen (not a pencil) when filling out the application and do your best to print clearly.**

## Step 1: List ALL children, infants, and students up to and including grade 12

Tell us how many infants/toddlers, children not in school, and elementary/middle/high school students live in your household. They do NOT have to be related to you to be a part of your household.

**Who should I list here?** When filling out this section, please include ALL members in your household who are:

- Children age 18 or under AND are supported with the household's income;
- In your care under a formal foster arrangement through a court or state/local agency, or qualify as homeless, migrant, or runaway youth;
- Students attending (regardless of age) [school/school system here].

**A) List each child's name.** Print each child's name. Use one line of the application for each child. When printing names, write one letter in each box. Stop if you run out of space. If there are more children present than lines on the application, attach a second piece of paper (or a second application if completing electronically) with all required information for the additional children. This also applies to adults in Step 3. "MI" is short for middle initial. Print the first letter of each child's middle name in the box.

**B) Is the child a student?** If "Yes," write the grade level of the student in the "Grade" column to the right.

**C) Do you have any foster children?** If any children listed are foster children, mark the "Foster Child" box next to the child's name. If you are **ONLY** applying for foster children, after finishing **Step 1**, go to **Step 4**.

Foster children who live with you may count as members of your household and should be listed on your application. If you are applying for both foster and non-foster children, go to Step 3. Note: Adopted children are not considered foster children. A foster child is a minor child who has been taken into state custody and placed with a state-licensed adult, who cares for the child in place of their parent or guardian.

**D) Are any children homeless, migrant, or runaway?** If you believe any child listed in this section meets this description, mark the "Homeless, Migrant, Runaway" box next to the child's name and complete all steps of the application. Homeless, Migrant, Runaway status must be confirmed with the appropriate program staff. If the school district cannot confirm your student's homeless, migrant, or runaway status, then the school district will contact you to complete an income-based application. You may choose to provide income information now in order to prevent the school district from potentially needing to contact you later.

## Step 3: List ALL household members and income for each member

### 1) List adult household members' names.

Print the name of each household member in the boxes marked "Names of Adult Household Members (First and Last)." Include college students, unless they are declared independently on taxes (all college students are considered adults). Do not list any household members you listed in Step 1.

### 2) List earnings from work.

List all income from work in the "Earnings from Work" field on the application. This is usually the money received from working at jobs. If you are a self-employed business or farm owner, you will report your net income. Net income is your income after taxes and deductions have been subtracted.

- **What if I have multiple jobs?** List each job separately by entering your name and income from each job on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.
- **What if I am self-employed?** List income from your business as a net amount. This net amount is calculated by subtracting the total operating expenses of your business from its gross receipts (revenue). Gross receipts or revenue are all the income earned from the sale of any products or services offered.

If a child listed in **Step 1** has income, follow the instructions in **Step 3, Part B.**

### 3) List income from public assistance/child support/alimony.

List all income that applies in the "Public Assistance/Child Support/Alimony" field on the application. Do not report the cash value of any public assistance benefits NOT listed on the chart. If income is received from child support or alimony, only report court-ordered payments. Informal but regular payments should be reported as "other" income in the next part.

### 4) List income from pensions/retirement/all other income.

List all income that applies in the "Pensions/Retirement/All Other Income" field on the application.

- **What if I receive income from multiple sources in this category?** List each source separately by entering your name and income from each source on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.

### 5) List total household size.

Enter the total number of household members in the field "Total Household Members (Children and Adults)." This number **MUST** be equal to the number of household members listed in **Step 1** and **Step 3**. If there are any members of your household that you have not listed on the application, go back and add them. It is very important to list all household members, as the size of your household affects your eligibility for free and reduced price meals.

### 6) Provide the last four digits of your Social Security Number.

An adult household member must enter the last four digits of their Social Security Number in the space provided. You are eligible to apply for benefits even if you do not have a Social Security Number. If no adult household members have a Social Security Number, leave this space blank and mark the box to the right labeled "Check if no Social Security Number."

## 3.B List income earned by children

### List all income earned or received by children.

List the combined gross income for ALL children listed in **Step 1** in your household in the box marked "Child Income." Only count foster children's income if you are applying for them together with the rest of your household.

- **What is Child Income?** Child income is money received from outside your household that is paid **DIRECTLY** to your children. Many households do not have any child income.

**SHARING INFORMATION WITH MEDICAID or  
NJ FAMILYCARE**

---

Dear Parent/Guardian:

If your children get free or reduced price school meals, they may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or NJ FamilyCare. Children with health insurance are more likely to get regular health care and are less likely to miss school because of sickness.

Because health insurance is so important to children's well-being, **the law allows us to tell Medicaid and NJ FamilyCare that your children are eligible for free or reduced price meals, unless you tell us not to.** Medicaid and NJ FamilyCare only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your children. Filling out the Free and Reduced Price School Meals Application does not automatically enroll your children in health insurance.

If you do not want us to share your information with Medicaid or NJ FamilyCare, fill out the form below and send in (Sending in this form will not change whether your children get free or reduced price meals).

---

- No! I DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (NJ FamilyCare)

**If you checked no, fill out the form below to ensure that your information is NOT shared for the child(ren) listed below:**

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Return this form to your child's school, ONLY if you do NOT wish your information to be shared with Medicaid or NJ FamilyCare.

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **CEREBRAL PALSY North JERSEY dba Pillar Care Continuum** ofrece alimentación sana todos los días. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.**

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>
Almuerzo	\$3.05	\$3.05	\$3.05	\$0.40	\$0.40	\$0.40
Desayuno	\$1.90	\$1.90	\$1.90	\$0.30	\$0.30	\$0.30
Meriendas despues del dia escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de Leche	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de medio día de leche en Kindegarten	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>N/A - No Aplica</i>						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. También puede visitar [www.pillarschoolsnj.org/for-parents/school-lunch-menus](http://www.pillarschoolsnj.org/for-parents/school-lunch-menus) para llenar la solicitud. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP o NJ TANF/WorkFirst-NJ**.
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de "sin casa", "fugitivo", o "migrante".
- Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

**TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS  
Para el Año Escolar 2023-2024**

Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	26,973	2,248	519
2	36,482	3,041	702
3	45,991	3,833	885
4	55,500	4,625	1,068
5	65,009	5,418	1,251
6	74,518	6,210	1,434
7	84,027	7,003	1,616
8	93,536	7,795	1,799
Cada persona adicional:	9,509	793	183

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico a la escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.
3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" por todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a la escuela de cualquiera de sus niños.
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte su escuela inmediatamente.
5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? Si usted puede hacerlo, preferimos que complete la Solicitud por el internet en vez de una por escrito. La solicitud por internet requiere la misma información que por escrito. Contacte su escuela si tiene alguna pregunta sobre el proceso por internet.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. SI NO CALIFICO AHORA PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante



el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al

Nombre del Oficial de la escuela : Albania Dirección: 120 Eagle Rock Avenue, Suite 290, Livingston, NJ - 07936  
Teléfono: (973)821-8271 - 1704

11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí.  
Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite [nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/](http://nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/). También puede contactar NJFamilyCare o Medicaid al 1-800-701-0710 o [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para más información sobre seguro médico para su familia. Para el Programa WIC, contacte a 1-800-328-3838 o visite [www.nj.gov/health/fhs/wic](http://www.nj.gov/health/fhs/wic).

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (973)821-8054 - 1209

Atentamente,

*Signature:*

*Name:* Athena Formichella

*Title:* Food Service Director

# Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

**PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:** No Disponible

**DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):** Pillar Elementary

**DIRECCIÓN:** 51 Old Rd, Livingston, NJ 07039

**PASO 1** Enumere a **TODOS** los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a **TODOS** los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a	MI	Apellido(s) del niño/a (Use la barra espaciadora para avanzar)	Nombre de la escuela	Grado	Foster child	Migrante Trabajador(a)	Huyó del hogar	Sin hogar
					<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"/>

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

**PASO 2** ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el 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 Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3.     SÍ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

**NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT, por sus siglas en inglés)):**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Enumere a **TODOS** los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

**A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia se reciben?				Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben?				Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SIS), por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia se reciben?			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Anualmente	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes		Mensualmente	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes
	\$	<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"/>

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de Seguro Social

**Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.**

**B. Ingresos de los niño/as**  
A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** (antes de impuestos y deducciones) recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

Ingresos de los niño/as  \$

¿Con qué frecuencia se reciben?  
 Semanalmente     Cada 2 semanas     2 veces al mes     Mensualmente     Anualmente

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto. **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:** Escriba aquí la dirección de la escuela

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. 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 información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal (si está disponible)	Ciudad	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Código postal	Teléfono (opcional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Correo electrónico (opcional)

## FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de Ingresos		
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li> <li>• ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)</li> </ul> <p><b>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)</li> <li>• subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beneficios por desempleo</li> <li>• compensación para los trabajadores</li> <li>• Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li> <li>• asistencia en efectivo del estado o el gobierno local</li> <li>• pagos de manutención</li> <li>• pagos de pensión alimenticia</li> <li>• beneficios para veteranos</li> <li>• beneficios por huelga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li> <li>• pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li> <li>• ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li> <li>• anualidades</li> <li>• ingresos por inversiones</li> <li>• intereses devengados</li> <li>• ingresos por arrendamiento</li> <li>• pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li> </ul>

Ejemplos de ingresos de los niño/as
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.</li> <li>• El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.</li> </ul>

## OPCIONAL Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

**Origen étnico (marque una opción):**  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)  Ni hispano ni latino

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

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. **\*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

## NO LLENAR Solo para uso de la escuela.

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

Total Income	How often? Weekly <input type="radio"/> Every 2 Weeks <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Annual <input type="radio"/>	Household size	Categorical Eligibility <input type="checkbox"/>	Federal Income Eligibility Free <input type="radio"/> Reduced <input type="radio"/> Denied <input type="radio"/>	If Federal Denied: Eligible for NJEIE? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilizemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

## La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

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.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.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:

\*Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o  
Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**\*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## Cómo solicitar comidas escolares sin costo y a precio reducido

Siga estas instrucciones para ayudarse a completar la solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido. Solo es necesario presentar una solicitud por hogar, **incluso si sus niños/as asisten a más de una escuela en el [Insert School District].**

La solicitud debe completarse en su totalidad para determinar la elegibilidad de su(s) niños/as para recibir comidas escolares sin costo o a precio reducido. ¡Siga estas instrucciones en orden! Todos los pasos de las instrucciones son los mismos que los de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con [Insert school/school district contact here; phone and email preferred].

**Use un bolígrafo (no un lápiz) al completar la solicitud y haga todo lo posible por escribir con letra de imprenta clara.**

### Paso 1: Enumere a TODOS los niños/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado

Díganos cuántos bebés, niños/as pequeños, niños/as que no van a la escuela y estudiantes de primaria, secundaria o preparatoria viven en su hogar. NO tienen que ser familiares suyos para formar parte de su hogar.

**¿A quién debo mencionar aquí?** Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros de su hogar que son:

- niños/as de 18 años o menos y reciban sustento con los ingresos del hogar;
- niños/as bajo su cuidado en virtud de un acuerdo formal de cuidado *foster* a través de un tribunal o de una agencia estatal o local, o que cumplan los requisitos para ser considerados menores sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar;
- estudiantes que asisten, independientemente de su edad, a [school/school system here].

**A) Mencione el nombre de cada niño/a.** Escriba en letra de molde el nombre de cada niño/a. Use una línea de la solicitud para cada niño/a. Cuando anote los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños/as presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel (o una segunda solicitud si se completa electrónicamente) con toda la información requerida para los niños/as adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de la inicial del segundo nombre. Escriba en el recuadro la primera letra del segundo nombre de cada niño/a.

**B) ¿El niño/a es estudiante?** En caso afirmativo, escriba el grado del alumno en la columna "Grado" de la derecha.

**C) ¿Tiene algunos niños/as que son *foster children*?** Si alguno de los niños/as que aparecen en la lista es un *foster child*, marque la casilla "*foster child*" junto al nombre del niño/a. Si **SOLO** solicita para niños/as que son *foster children*, después de terminar el **Paso 1**, continúe al **Paso 4**.

Los niños/as que son *foster children* que viven con usted pueden considerarse miembros de su hogar y deben incluirse en la solicitud. Si presenta una solicitud tanto para niños/as que son *foster children* y que no son *foster children*, continúe al Paso 3.

Nota: Los niños/as adoptados no se consideran un *foster child*. Un *foster child* es un niño/a menor de edad bajo custodia estatal que se asigna a un adulto autorizado por el estado y que cuida al niño/a en lugar de su padre, madre o tutor legal.

**D) ¿Hay niños/as sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar?** Si cree que alguno de los niños/as incluidos en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "sin hogar, migrante o huyó del hogar" junto al nombre del niño/a y complete todos los pasos de la solicitud. La condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar debe confirmarse con el personal del programa correspondiente. Si el distrito escolar no puede confirmar que el estudiante en esta solicitud tiene la condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. Puede elegir proporcionar la información sobre sus ingresos ahora para evitar que el distrito escolar tenga que comunicarse con usted más adelante.

## Paso 2: ¿Algún miembro del hogar participa actualmente en SNAP, TANF o FDPIR?

Si algún miembro de su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los programas de asistencia que se mencionan a continuación, sus niños/as tienen derecho a recibir comidas escolares sin costo:

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o <https://www.nj.gov/humanservices/njsnap/>
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o <https://www.state.nj.us/humanservices/dfd/programs/workfirstnj/>
- El Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés).

**A) Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas indicados anteriormente:**

- Marque "No" en el Paso 2 y continúe al Paso 3.

**B) Si algún miembro de su hogar participa en alguno de los programas mencionados:**

- Escriba un número de caso para SNAP, TANF o FDPIR. Solo necesita proporcionar un número de expediente. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con:

<https://www.nj.gov/humanservices/dfd/counties/>

- Continúe al Paso 4.

## Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

### ¿Cómo informo mis ingresos?

- Use las listas tituladas "**Fuentes de ingresos**" y "**Ejemplos de ingresos para niños/as**" que aparecen en página 2 del formulario de solicitud, para determinar si su hogar tiene ingresos que declarar.
- Informe todas las cantidades en la sección de SOLO INGRESOS BRUTOS. Informe sobre todos los ingresos en dólares redondeados. No incluya centavos.
  - Los ingresos brutos son los ingresos totales percibidos antes de impuestos y deducciones.
  - Muchas personas piensan que los ingresos son la cantidad que "se llevan a casa" y no la cantidad total "bruta". Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud NO se han reducido para pagar impuestos, primas de seguros o cualquier otra cantidad que se le haya descontado de su salario.
- Escriba un "0" en los campos en los que no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío o en blanco también se contará como un cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales sospechan que sus ingresos familiares se declararon incorrectamente, se investigará su solicitud.
- Marque la frecuencia con la que recibe cada tipo de ingreso utilizando las casillas de verificación situadas a la derecha de cada campo.

### 3.A. Informe de los ingresos obtenidos por los adultos del hogar

#### ¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su hogar que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no sean familiares y aunque no perciban ingresos propios.
- **NO incluya:**
  - Personas que viven con usted, pero no reciben sustento con los ingresos de su hogar Y no aportan ingresos a su hogar.
  - Bebés, niños/as y estudiantes ya mencionados en el Paso 1.

## Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

### 1) Mencione los nombres de los miembros adultos del hogar.

Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)". Incluya a los estudiantes universitarios, a menos que declaren sus impuestos de manera independiente (todos los estudiantes universitarios se consideran adultos). No incluya a ninguno de los miembros del hogar mencionados en el Paso 1.

### 2) Mencione los ingresos por trabajo.

Indique todos los ingresos por trabajo en el campo "Ingresos por trabajo" de la solicitud. Se trata generalmente del dinero recibido por empleos. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, declarará sus ingresos netos. Los ingresos netos son los ingresos después de restar los impuestos y las deducciones.

- **¿Y si tengo varios trabajos?** Mencione cada trabajo por separado escribiendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.
- **¿Qué pasa si trabajo de manera autónoma?** Indique los ingresos de su empresa como importe neto. Este importe neto se calcula restando los gastos totales de su empresa de sus recibos brutos (ingresos). Los ingresos brutos son todos los ingresos obtenidos por la venta de cualquier producto o servicio ofrecido.

Si uno de los niños/as mencionados en el Paso 1 tiene ingresos, siga las instrucciones del Paso 3, Parte B.

### 3) Mencione los ingresos procedentes de asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores.

Indique todos los ingresos que apliquen en el campo de "Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención" de la solicitud. No informe el valor en efectivo de ninguna prestación de asistencia pública que NO aparezca en el cuadro. Si los ingresos provienen de la manutención de menores o de una pensión alimenticia, declare únicamente los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben consignarse como "otros" ingresos en la siguiente parte.

### 4) Mencione los ingresos procedentes de pensiones, jubilaciones u otros ingresos.

Mencione todos los ingresos aplicables en el campo "Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos" de la solicitud.

- **¿Qué ocurre si recibo ingresos de varias fuentes en esta categoría?** Mencione cada categoría por separado introduciendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.

### 5) Mencione la cantidad de miembros del hogar.

Introduzca el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños/as y adultos)". Este número DEBE ser igual al número de miembros del hogar que se mencionan en el Paso 1 y el Paso 3. Si hay algún miembro de su hogar que no haya incluido en la solicitud, regrese a la solicitud y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros del hogar, ya que esto influye su derecho a recibir comidas sin costo y a precio reducido.

### 6) Indique los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social.

Un miembro adulto del hogar debe introducir los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en el espacio proporcionado. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene un número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto del hogar tiene número del Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha que dice "Marque si no tiene número del Seguro Social".

## 3.B Indique los ingresos obtenidos por los niños/as

### Enumere todos los ingresos obtenidos o recibido por los niños/as.

Enumere los ingresos brutos combinados de TODOS los niños/as mencionados en el Paso 1 de su hogar en la casilla "Ingresos de los niños/as". Solo cuente los ingresos de un *foster child* si solicita para ellos junto con el resto de los miembros del hogar.

- **¿Qué son los ingresos de los niños/as?** Los ingresos de los niños/as son dinero recibido fuera de su hogar que se paga DIRECTAMENTE a los niños/as. Muchos hogares no tienen ingresos de los niños/as.

## Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

**Todas las solicitudes deben ir firmadas por un adulto del hogar. Al firmar la solicitud, dicho adulto del hogar garantiza que la información incluida está completa y es verdadera. Antes de completar esta sección, asegúrese también de leer las instrucciones que aparecen en la página 2 de la solicitud.**

**A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección postal actual en los campos previstos, si tiene esta información. Si no tiene dirección permanente, está bien. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, o ambos, es opcional, pero nos ayuda a localizarle rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

**B) Escriba y firme con su nombre y la fecha de hoy.** Escriba en letra de molde el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar en la casilla "Firma del adulto".

**C) Envíe por correo la solicitud completa a:**

Insert  
School/District  
address here

## Opcional

**Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños/as (opcional).** En la página 2 de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de los niños/as. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Esta información se solicita únicamente con el fin de determinar el cumplimiento por parte del estado de las leyes federales de derechos civiles y su respuesta no afectará a la consideración de su solicitud, y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de forma no discriminatoria.

**Devuelva la solicitud directamente a la ESCUELA de su niño/a. NO envíe por correo, fax, ni correo electrónico las solicitudes completas o preguntas sobre las solicitudes a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) o se retrasará la elegibilidad de su niño/a para recibir comidas sin costo o a precio reducido.**

## **COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE**

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted NO desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.