Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT Para Programa Regular y CEP

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). SY 2024-2025

Name to the design of the same that the same to be a second and the same till a fac-

PRESENTE SU SOLICITUD EN LINEA: www.payschoolscentral.com DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito): Washington TWP Board of l

DIRECCIÓN: 118 Chapel Heights RD Sewell, NJ 08080

PASO 1	Enumere a TOD	OOS los niño/a	s, bebés	y estudi	antes d	le hast	a 12º grad	do. Adjı	unte ot	ra hoja	si nec	esita e	spacio	para	más nombres.				¥7							
	OS los niño/as del hoga	ar. No olvide meno	cionar a los	s bebés, los	niño/as q	ue asist	en a otras es	cuelas, lo	s niño/as	que no a	ssisten a	la escue	a y los ni	iño/as	que no solicitan be	neficios.	Esto incl	uye a lo	s niño/as q	jue no	tienen pai	rentesco c	on uste	d y viver	en su h	ogar.
El primer no	ombre del niño/a					MI .	Apellido(:	s) del ni	iño/a (u	Jse la baı	rra espac	iadora pa	era avanz	zar] No	ombre de la escu	ela (Grado		Foster chi	ild Mig Trah	grante Huy ajador(a)	ó del hoga	r Sin hog	jar		
		TIT												Ţ		H		Se T		1180				1	narcó una de	
				T					T					Ī		7[las opcio		į				con	scasill sulte la	as
														Ī		٦٢		que corres		į				del	ruccioı a solici o 1: Paı	tud,
							itt				T			Ï				Marque							rte D.	iec
	¿Algún miembro	an because and	dda watar	1) a a salisia	on of D		n do Arieta	ncia Nut	tricional	Sunlan	nontari	(SNAP	nor sus	sinla	s en inglés), el Pr	ograma	de Asi	stencia	Tempora	l para	a Familias		-			
PASO 2	Necesitadas (TAN	IF, por sus siglas	s en inglé	s), o el Pro	grama (de Distr	ibución de	Aliment	os en la	s Reser	vas Indi	genas (FDPIR, p	or su	s siglas en inglés)?										
O NO → Co	ontinúe al PASO 3.	O sí → Esc	criba el ni	úmero de	caso aqı	uí y cor	rtinúe al PA	SO 4.		DE BE	NEFICIO	CASO (NO DS (EBT,)	DEL NUI por sus s	MERO I iglas e	DE TRANSFERENC en inglés]):	A ELECT	RONICA			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	de caso en e	octo ospacio				
																	_	Eschi	ba solo un ni	umero	de caso en e	este espaci	э.			
PASO 3	Enumere a TOD	OS los miemb	oros del	hogar y l	os ingr	esos d	e cada un	o de ell	os (ant	es de i	mpues	tos y d	educci	ones)												
manciana	miembros adultos do en el PASO 1 (inci te en cantidades red	luido uctod), sui	DALLA DA E	reciban inc	iracac P	ara cad	a miembro	del hog	ar nue se	e nava e	numer	ado. SLR	ecibe in	areso	s, inclaue los inc	6202 DI	utos to	dies (al	intes de ill	que	stos y uco	iuccione.	hogar i) de ca	que no ida fuei	se hay nte	an
									20	Con qué fi	recuencia	se recibe	n?			¿Con o	jué frecue	encia se r	reciben?	(S) be	SI, por sus siglas en eneficios de la Adm	inglés), inistración de	¿Con qu		ncia se re	dben?
Nombre de	losmiembrosadultosd	el hogar (nombre y	apellido)	93		Ing	resos del trabajo		-	(ada 2 semanas	2 veces	Mensualmente			Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	Semenalment	Cada 2 semenas	2 veces al mes	Mensusknerte	in	rteranos (VA, por su glés), todos los den		manalmenté	Ceda 2 semanas	2 veces	Mercualmente
						\$			0	0	0	0	0	\$		C	0	0	0	\$			0			0
						\$			0	0	0	0	0	\$			0	C	0	\$			0		\circ	
		1				\$			0	0	O	0	0	\$		0	0	C	0	\$			0	0	0	C
						\$			0	0	0	0	0	\$		0	0	0	0	\$			O	0	0	0
						\$			0	0	0	0	0	\$		0	0	0	0	\$			0	Ç	0	0
Total de r	miembros del hogar	(niño/as y adulto	s)			Social d	últimos dígi le la persona niembro ado o solo si esta ap	a que ten ulto del h	nga el sal nogar (si d	lario prir correspo	ndpal					Seguro S		mero						lesea la ano EB	г□	
A veces los	de los niño/as niño/as del hogar ob npuestos y deduccio	otienen o reciben nes) recibidos po	ingresos. r TODOS l	Incluya aqı os niño/as :	ıí los ing	resos T(OTALES				Ingresos	delosniñ	o/as	Serundre	Cada 2 veces al mes	Vensualmente	Anualmente C				sta de las f verso de la					
										AIAE	SCHEL	A DE SI	พเพิก/	A: 1	18 Chanel L	leigh	s RN	Sew	rell N.I	1 08	080					
PASO 4 Certifico (gara	entizo) que toda la inf	ormación que ao	arece en	esta solicit	ud es ve	rdadera	y que se d	eclararor	todos k	os ingre	sos. Ent	iendo qu	je esta i	nform	ación se proporcio	ona en r	elación	con la r	ecepción (de for	ndos feder	ales y qu	e los fu	ınciona	rios de	a escue
pueden verific	ar (confirmar) la infoi	rmación. Soy cor	nsciente d	e que si pr	oporcion	io inforn	nación falsa	intencio	nalmente	e, mis ni	iño/as pi	ueden p	erder los	s bene	ficios de comidas	y la Ta	jeta de	Verano	EBT, y se	e me p	podría pro	cesar de	acuerd	lo con la	as leyes	estata
federales aplic	cables". Para la Tarjo	eta de Verano El	BT Solam	ente: Certi	fico que	no esto	y recibiend	o la Tarje	eta de Ve	erano El	3T en ot	ro estad	0.							-					V	
Nombre en le	etra de imprenta del a	adulto que firma	el formula	ario				Firma de	el adulto									F	echa de h	юу			- (1)			
				[a ; a * p = *																						
Dirección pos	stal (si está disponibl	e)		Ciudad					Estado	1	Códig	o postal			Teléfono (opci	onal)		C	Correo elec	ctróni	ico (opcio	nal)				

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

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

	Fuentes de ingresos		Ejemplos de ingresos de los niño/as	
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos	 Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario. 	
sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)	 beneficios por desempleo compensación para los trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) asistencia en efectivo del estado o el 	 seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) pensiones privadas o beneficios por discapacidad 	 Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social. 	
Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés]	gobierno local pagos de manutención pagos de pensión alimenticia beneficios para veteranos	 ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anualidades ingresos por inversiones intereses devengados 	- Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.	
ni subsidios para vivienda privada) - subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta	beneficios por huelga	ingresos por arrendamiento pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas	Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.	
OPCIONAL Identidades étnicas y ra	ciales de los niño/as. Esta información	es confidencial y es posible que esté protegida	a por la Ley de Privacidad de 1974.	
Responder esta sección es opcional y no a Origen étnico (marque una opción): His Raza (marque una o más opciones): Ind	ufecta la elegibilidad de sus niño/as para pano o latino (una persona de cultura u origen cubar (gena americano o nativo de Alaska Asiátic a escuela de su niño/a. *No envíe por col	o recibir comidas sin costo o a precio reducido. no, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano Negro o afroamericano Nativo de Hawá	garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. o, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) Ni hispano ni latino ii o de otras islas del Pacífico Blanco les completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles	
NO LLENAR Solo para uso de la esc	<mark>uela.</mark>			
Total Income	Howoften? Weekly ZWasks ZxWorth Monthly Annua HC	categorical Eligibili		
Determining Official's Signature	Date Confirming	Official's Signature Date	Verifying Official's Signature Date	
Declaración sobre el uso de la informació	n =			_

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos 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

1400 Independence Avenue, SV Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o

Correo

electrónico: program.intake@usda.gov.

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

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ **FAMILYCARE**

Querido Padre de Familia/Encargado:

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

niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos 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 información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. de Verano EBT no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico. a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares y la Tarjeta diga que no Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba lo hagamos. Medicaid y Z FamilyCare solamente usan la

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

Fecha:	/Encargado:	Firma del Padre/Encargado:
la:	o(a): Escuela:	Nombre del Niño(a):
la:	o(a): Escuela:	Nombre del Niño(a):
a:	o(a): Escuela:	Nombre del Niño(a):
à.	o(a): Escuela:	Nombre del Niño(a):
ıte para asegurarse que la partida:	Si usted marcó no, llene el formulario siguiente para información de los siguientes menores no sea compartida:	Si usted marcó información de lo
mi solicitud para Comidas mpartida con Medicaid o con Niños (NJ FamilyCare).	No. Yo NO QUIERO que la información de mi solicitud para Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).	No. Yo NC Escolares y el Program

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

Dirección: