



# Paso 4: Divulgación de información

Los detalles que proporciona en este formulario se utilizarán con programas educativos estatales y pueden compartirse con las oficinas de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil Estatal (State Children's Health Insurance Program, SCHIP).

**NO** comparta la información con Medicaid/SCHIP.

**Comparta mi información con los siguientes programas que he indicado:**

- Examen de Colocación Avanzada (Advanced Placement, AP) y/o tarifas de libros de AP
- Lista de programa específico: \_\_\_\_\_
- Examen de Oportunidad de Colegio Acelerado y/o tarifas de libros
- Lista de programa específico: \_\_\_\_\_

**Ingrese la dirección de la escuela/distrito:** Idalia School

## OPCIONAL: Identidades étnicas y raciales de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Responder es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitos o a precio reducido.

- Grupo étnico (marque uno):**  Hispano o latino  No hispano o latino
- Raza (marque una o más):**  Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano
- Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico  Blanco

**Declaración de Uso de Información:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido o EBT de verano. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando solicita EBT de verano en nombre de un niño de acogida o si incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y oficiales de la ley para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No 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:  
(1) correo: U.S. 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 (202) 690-7442; o  
(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)  
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

### DISTRICT USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW THIS LINE.

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per month x 24; Monthly x 12

#### Application Type

Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_ Household Size \_\_\_\_\_  
Household Income Frequency  Weekly  Every Two Weeks  Twice a Month  Monthly  Annually

#### Categorical Eligibility

- SNAP
- FDPIR
- TANF
- Foster
- Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

#### Application Status

Approved  Free  Reduced  
Denied  Over Income Guidelines  Incomplete/Missing \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

**Determining Official Signature:** \_\_\_\_\_ **Approval / Denial Date:** \_\_\_\_\_ **Notification Sent:** \_\_\_\_\_

Note: All types of income must be combined in total household income, not just earnings from work.