

**OTROS BENEFICIOS:** (Ud. no tiene que llenar esta sección para poder recibir desayuno y almuerzo a precio rebajado o gratis). Los funcionarios de la escuela pueden comunicar la información contenida en esta solicitud a las agencias que se indican a continuación para que mi(s) hijo(s) puedan recibir otras prestaciones a las que puedan tener derecho: \_\_\_\_ Departamento de Salud del Condado de Pitt (Pitt County Health Department) (anteojos/lentes, servicios dentales, exámenes, etc.). La información contenida en esta solicitud solamente puede ser utilizada con las agencias que se indican anteriormente. Yo tengo entendido que solamente revelarán la información relacionada con mi aprobación para recibir desayuno y almuerzo gratis o a precio rebajado, conforme a lo establecido en el Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno Escolar. Los funcionarios de estas agencias pueden verificar esta información.

Certifico que soy la madre/padre/tutor del alumno(s) que aparece(n) en esta solicitud \_\_\_\_\_  
 Firma de la madre/padre o Tutor

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Esto explica como utilizaremos la información que usted provee. El Richard B. Russell Nacional School Lunch Act (Reglamento Nacional para Almuerzos Escolares) requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no la da, no podemos aprobar a su hijo(a) para comida gratis o reducida. Usted debe incluir el número de seguridad social del adulto que firme esta solicitud. EL número de seguridad social no es un requisito cuando usted aplica para un hijo adoptivo o Ud indique un número de Servicios de Comida y Nutrición (antes bonos de comida), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o cuando incluya el número de caso del Programa de Distribución de Comida en la Reserva India (FDPIR) o algún otro FDPIR para su hijo(a) o cuando usted indica que el adulto, miembro del hogar que firmó la solicitud, no tiene número de seguridad social. Utilizaremos la información para determinar si su hijo(a) es elegible para comida gratis o reducida y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Puede ser que compartamos información sobre su elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a evaluar, solicitar fondos, y determinar las ventajas de estos programas, con revisores de programas y oficiales de ley para ayudarlos a investigar infracciones de las reglas del programa.

<b>PARA USO INTERNO DE LA ESCUELA</b>	<b>NO ESCRIBIR DESPUÉS DE ESTA LÍNEA</b>
<b>CONVERSIÓN DEL INGRESO MENSUAL</b>	<b>SEMANAL X 52</b>
<b>SEMESTRAL X 26</b>	<b>CADA DOS SEMANAS X 26</b>
<b>TRIMESTRAL X 13</b>	<b>DOS VECES AL MES X 24</b>
<b>CUARTAL X 12</b>	<b>CADA MES X 12</b>
TAMAÑO COMPOSICIÓN DEL HOGAR _____	INGRESO MENSUAL _____
_____	BONOS DE COMIDA _____
_____	TANF/WFFA _____
<b>DETERMINACIÓN DE ELIGIBILIDAD:</b> APROBADO GRATIS _____	APROBADO PRECIO REBAJADO _____
_____	DENEGADO _____
TEMPORALMENTE HASTA _____	HASTA _____
_____	HASTA _____
<b>RAZONES PARA LA DENEGACIÓN:</b> INGRESOS MUY ALTOS _____	SOLICITUD INCOMPLETA _____
_____	OTRA: _____
CAMBIO DE ESTATUS _____	FECHA RETIRADA _____
_____	RAZÓN _____
FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE DETERMINA _____	FECHA _____
_____	FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE DETERMINA _____
_____	FECHA _____

**VERIFICACIÓN** FECHA DE ENVÍO DEL AVISO DE VERIFICACIÓN \_\_\_\_\_ RESPUESTA DEL HOGAR \_\_\_\_\_ ENVÍO DEL SEGUNDO AVISO \_\_\_\_\_

**RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN:**  
 SIN CAMBIO \_\_\_\_\_ DE GRATIS A PRECIO REBAJADO \_\_\_\_\_ DE GRATIS A PAGAR \_\_\_\_\_ DE PRECIO REBAJADO A GRATIS \_\_\_\_\_ DE PRECIO REBAJADO A PAGAR \_\_\_\_\_

**RAZONES PARA EL CAMBIO DE ELEGIBILIDAD:**  
 INGRESOS \_\_\_\_\_ TAMAÑO COMPOSICIÓN DEL HOGAR \_\_\_\_\_ SE NIEGA A COOPERAR \_\_\_\_\_ CAMBIO EN BONOS DE COMIDA/TANF/WFFA \_\_\_\_\_  
 OTRA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENVÍO DEL "AVISO DE CAMBIO" A MADRE/PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO VERIFICADOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_