

## 2021-2022 Formulario de Recolección de Información de Ingresos

Dirijase a las instrucciones adjuntas. Complete SOLAMENTE UN formulario para su hogar, firme su nombre y REGRESELO A: Rochester City School District, 131 W. Broad Street, Rochester, NY 14614. Llame al (585) 262-8100 o a la escuela si necesita ayuda. Nombres adicionales pueden ser listados en una pagina por separado. Si cualquier niño esta sin hogar, es emigrante o fugitivo; por favor contacte a Elizabeth Reyes en el (585) 324-9983.

**1. Liste todos los niños de su hogar que asisten a la escuela a:**

Nombre del Estudiante:	Escuela	Grado/Maestro	Niño en adopción temporal	Sin hogar, Emigrante, Fugitivo
			D	D
			D	D
			D	D
			D	D
			D	D
			D	D

**2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPI:**

Si alguien en su hogar recibe cualquier beneficio SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y # de CASO aquí. El # de CASO esta en su carta de beneficio. "NO" use el numero de 16 digitos en su tarjeta de beneficios. Salte a la Parte 4 y firme el formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ # de CASO \_\_\_\_\_ (nueve digitos alfanumericos)

**3. Reporte TODO el ingreso de TODOS los Miembros del hogar (Salte este paso si respondí "sr." al paso 2)**

Todos los miembros del hogar (incluyendose a usted, adultos adicionales y todos los niños que reciben ingresos).

Liste a TODOS los miembros del hogar (incluyendose a usted y a todos los estudiantes en el Paso 1) incluso si no reciben ningun ingreso. Para cada miembro del hogar listado, si "RECIBEN" ingreso, reporte el total del ingreso para cada fuente solamente en dólares y que tan a menudo se recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas (bi-semanalmente) 2 x por mes, mensualmente, anualmente. Si ellos "NO" reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "O". Si escribió "O" o dejó cualquier espacio en blanco, esta certificando (prometiendo) que no hay ningun ingreso por reportar.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad IFrecuencia</i>	Ayuda infantil, Pension alimenticia <i>Cantidad IFrecuencia</i>	Pensiones, Pagos de Jubilación <i>Cantidad IFrecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad social <i>Cantidad IFrecuencia</i>	Ningun ingreso
	\$ /	\$ /	\$ / _____	\$ / _____	D
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	D
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ / _____	D
	\$ /	\$ /	\$ / _____	\$ / _____	D
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	D
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ / _____	D
	\$ /	\$ / _____	\$ / _____	\$ / _____	D
	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	D

Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

No tengo un # de SS **D**

\*Los ultimos cuatro dígitos del Numero de Seguro Social: XXX-XX-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

\* Al completar la sección 3, un miembro adulto del hogar debe proveer los ultimos cuatro digitos de su Numero de Seguro Social (SS #), o marcar la casilla "Yo no tengo un # de SS" antes de que el formulario pueda ser aprobado.

**4. Firma:** Un miembro adulto del hogar debe firmar este formulario antes de que pueda ser aprobado. Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que la información se esta dando para que la escuela obtenga fondos federales; los oficiales de la escuela pueden verificar la información y si intencionalmente doy información falsa, puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_ Telefono de la Casa: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**5. Etnicidad y raza son opcionales; Responder a esta sección no afecta la elegibilidad de sus hijos**

Etnia:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiatico  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawai u otra isla del Pacifico  Blanco

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA — PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE**

Conversion de Ingreso Anual (Solo convierta cuando se reportan multiples frecuencias de ingresos en el formulario)  
Semanal X 52; Cada dos semanas (bi-semanal) X 26; Dos veces por mes X 24; Mensual X 12

SNAP/ANF/Adoptivo

Ingreso de Hogar: Ingreso Total de Hogar/Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tamaño de Hogar: \_\_\_\_\_

Firma de Oficial que Revisa \_\_\_\_\_ Fecha de Envio de Aviso: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION DE INGRESO

Complete s61 o un formulario para su hogar usando las siguientes instrucciones. Firme el formulario y devuelvalo al Rochester City School District, School Food Service Office Bldg.5, 835 Hudson Avenue, Rochester, NY 14621. Llame al (585) 336-4100 o a la escuela si necesita ayuda.

Asegurese de que se proporcionar toda la informaci6n. Si no lo hace puede resultar en la negaci6n de beneficios para su hijo o retraso innecesario en la aprobaci6n de su formulario.

### PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACION DEL ESTUDIATE. NO LLENE MAS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba los nombres de los niños en letra de molde, incluyendo los niños en adopci6n temporal, para los cuales esta aplicando en el formulario.
- (2) Escriba su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar un niño en adopci6n temporal viviendo en su hogar.
- (4) Antes de completar este formulario para un niño que puede ser o cumple con la descripci6n de sin hogar, emigrante o fugitivo: Por favor contacte a Elizabeth Reyes en el (585) 324-9983 y despues marque la casilla de sin hogar, emigrante, fugitive.

### PARTE 2 LOS HOGARES QUE OBTIENEN SNAPS (PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICION SUPLEMENTARIA), TANF (AYUDA TEMPORAL PARA LAS FAMILIAS NECESITADAS) O FDPIR (PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTO EN RESERVACIONES INDIAS) DEBERIAN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4

- (1) Lisle el numero de caso actual de SNAP, TANF o FDPIR para cualquiera que viva en su hogar. El numero de CASO esta en su tarjeta de beneficios. No use el numero de 16 dfgitos en su tarjeta de beneficios
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4. SALTE LA PARTE 3. No lisle nombres de miembros del hogar o ingreso si menciona un numero de caso SNAP, TANF O FDPIR.

### PARTE 3 TODOS LOS OTROS HOGARES DEBEN COMPLETAR ESTAS PARTES Y TODA LA PARTE 4

- (1) Escriba los nombres de todos en su hogar, sin importar si tienen ingresos o no. Incluyase a usted, los niños para los que aplica, todos los otros niños, su esposo o esposa, abuelos y otras personas relacionadas o no de su hogar. Use otra pagina si necesita mas espacio.
- (2) Escriba la cantidad del ingreso actual que recibe cada miembro del hogar, antes de deducir los impuestos o cualquier otra cosa e indique de d6nde viene, como las ganancias, servicios de bienestar publico (welfare), pensiones y otro ingreso. Si el ingreso actual es mas o menos que el usual, escriba el ingreso usual de la persona. **Especifique la frecuencia en la que se recibe este ingreso: semanalmente, cada dos semanas (bi-semanalmente), 2x por mes, mensualmente. Si no hay ingreso, marque la casilla.** El valor de cualquier cuidado de niños proveido o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago para tal cuidado de niños o reembolso para los costos de tal cuidado bajo las Becas de Garantfas de Cuidado de Niños y Desarrollo "Child Care and Development Block Grant", TANF y Programas de Cuidado de Niños en Riesgo "At Risk Child Care Programs" **no** deberfan ser considerados como ingresos para este programa.
- (3) Escriba el numero total de miembros del hogar en el recuadro proporcionado. Este numero debe incluir a todos los adultos y niños en el hogar y debe reflejar a los miembros listados en PARTE 1 y PARTE 3.
- (4) Este formulario debe incluir los ultimas cuatro dfgitos del numero de seguro social del adulto que firma en la **PARTE 4**, si la Parte 3 esta completa. Si el adulto no tiene un numero de seguro social, marque la casilla. **Si list6 un numero de SNAP, TANF o FDPIR, no se necesita el numero de seguro social.**
- (5) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4.

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo puede ser elegible para los beneficios de Asistencia Medica "Medicaid" o Programa de Segura de Salud para Niños "Children's Health Insurance Program" (CHIP). Para determinar si su niño es elegible, los oficiales del programa necesitan informaci6n proveída en este formulario. Se requiere su consentimiento escrito antes de que se entregue cualquier informaci6n. Por favor refierase a la Carta de Divulgaci6n y Declaraci6n de Consentimiento para la informaci6n de otros beneficios.

### DECLARACION DE USO DE INFORMACION

Declaraci6n de Uso de Informaci6n: El Departamento de Educaci6n del Estado de Nueva York y el Acta Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requieren la informaci6n en este formulario. Usted no tiene que dar la informaci6n, pero si no envfa toda la informaci6n necesaria, no podemos determinar la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios adicionales bajo los programas estatales y federales. Debe incluir los ultimas cuatro dfgitos del numero de seguro social del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar que firme el formulario. El numero de seguro social no es requerido cuando usted solicita en nombre de un niño de adopci6n temporal, o usted menciona el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribuci6n de Alimentos en las Reservas Indias (FDPIR) Numero u otro identificador FDPIR para su hijo, o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma el formulario no tiene un numero de seguro social. Sostenemos la informaci6n que nos proporcione como privada y confidencial en la medida requerida por las leyes, y para la administraci6n y ejecuci6n de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su informaci6n de elegibilidad con varios programas estatales y federales de educaci6n, salud y nutrici6n para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a examinar violaciones de las reglas del programa. Independientemente, todos los estudiantes matriculados en una Escuela de Opci6n Elegible de la Comunidad recibirán comidas gratis.

### RECLAMACION DE DISCRIMINACION

De acuerdo con las leyes Federales de derechos civiles y con las regulaciones y polfticas de derechos del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones participando en o administrando programas de USDA estan prohibidas de discriminar basandose en la raza, el color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o retaliaci6n por actividad de derechos civiles anterior en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medias alternativas de comunicaci6n para la informaci6n del programa (ej., Braille, impresi6n a mayor escala, cinta de audio, Lenguaje de Signos Americana, etc.), deberfan contactar a la Agencia (Estatal o local) donde aplicaron para los beneficios. Los individuos que sean sordos, de audici6n diffcil o tienen discapacidades de habla pueden contactar al USDA a traves del Servicio de Transmisi6n Federal en el (800) 877-8339. Adicionalmente, la informaci6n del programa puede estar disponible en idiomas otros que el ingles.

Para presentar una queja de discriminaci6n, complete el Formulario de Queja por Discriminaci6n USDA, (AD-3027) encontrado en lfnea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta al USDA y de en la carta toda la informaci6n requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envfe el formulario completo o carta para USDA a:

- (1) Correo: Departamento de Agricultura de las EE.UU. Oficina del Secretario Adjunto para los Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electr6nico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta instituci6n es proveedora de oportunidades igualitarias.

### LISTA DE VERIFICACION

- D** 1, Ha incluido toda la informaci6n de sus niños como de los miembros del hogar?
- D** Para cada miembro del hogar que recibe ingresos, 1, esta indicada la cantidad y la frecuencia en que recibe los ingresos?
- D** 1, Ha firmado el formulario?
- D** 1, Ha incluido los ultimas cuatro dfgitos del numero de seguro social del adulto que firma en la Parte 4, si la Parte 3 esta completa?