Application #:

Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT Para Programas Regular y CEP Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). SY 2025-2026

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:

DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito): MCSSSD

DIRECCIÓN: 1020 Old Trenton Rd, Hamilton NJ 08690

PASO 1	En	ume	ere a	TOI	oos	los	niño	/as, l	beb	és y	estu	dian	tes c	le ha	asta	12º g	rado	. Ad	junt	te ot	tra h	oja s	si nec	cesit	a espa	acio _l	oara	más	noml	res.													
Enumere a TODO El primer no					ar. N	lo olv	ide me	encior	ıar a	los be	bés, lo	os niñ	o/as o	ue as							-				cuela y ra para a			•				s. Esto i	•		niño/as c Foster ch	<i>ild</i> Mi	igrante	- Huyó de			•	en en su	hogar.
																																	300	T		ırat	bajador(a)]		alg	marcó guna de	
																																	Margine to the constant	correspondan]		со	tas casi nsulte struccio	as
									_								<u> </u>									<u> </u>	<u> </u>			<u> </u>			Marganoto	o anb]		Pa	la solid so 1: Pa	,
																											L							1	Ш		Ш		J	Ш	У	Parte D.	
PASO 2																					s Res	erva	s Indi	ígena	as (FDF	PIR, po	or sus	sigla	s en ir	glés)?	·			ncia T	empora	al par	a Fami	lias					
○ NO → Co	ntinú	úe al	PAS	O 3.) s	í 🗲 🛭	Escrib	a el	núm	ero d	e cas	o aq	uí y c	ontir	núe al	PAS) 4.							(NO EI 3T, por					RENCIA	ELEC	TRÓNI	CA										
																																		Escriba	solo un n	número	de caso	en este	espacio				
PASO 3	En	ume	ere a	TOI	os	los	mien	nbro	s d	el ho	gar y	los	ingr	esos	de e	ada	uno	de e	llos	(ant	tes d	e im	pues	stos	y ded	uccio	nes)	1															
mencionac únicament	e en	canti	idad	les re	dono	dead	as (sir	n cen	tavo	s). Si	no re	cibe i	ingre	sos d	de nir	iguna	fuen	te, es	scriba	a "0".	Si eso	cribe	e"0" o	deja	algún	camp	o en	blanc	o, cert	ifică (c	garan	tiza) q	ue no	hay i	ngresos	s que	declara ensiones, jubila eguridad de Ing SSI, por sus sigi eneficios de la	A r. ción, segurid reso Suplem las en inglés	ad social, entario),			encia se r	eciben?
Nombre de	los mi	embro	os ad	lultos	lel ho	ogar (r	nombre	≘ у ар€	ellida)				\$	Ingresos	del trabajo)		Semi	analment	Cad te 2 sema	a	2 veces al mes		mente Anua	mente			pública, pen a, manutenc		emanalme	Cada	2	veces	lensualmente	Ve	eteranos (VA, p nglés), todos lo	or sus sigla:	s en		Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmen
														\$						0	C)	0	С) ()	\$				0	О) ()	0	\$				0	0	0	0
														\$						0	C)	0	С) (\$				0	С	(<u> </u>	0	\$				0	0	0	0
														\$					ļ!	0	C		0	С)	\$				0	0	(<u> </u>	0	\$				0	0	0	0
														\$;					0	C)	0	C) (\$				0	О	()	0	\$				0	0	0	0
Total de m	niemb	oros (del h	nogar	(niñ	o/as y	y adul	tos)						Socia u otro	al de l o mie	imos o a pers mbro	ona q adult	ue te o del	enga e hoga	el sal ar	lario p	orinci	ipal					~ O	\sim ا بé frecue	de	Segu	o tiene uro Soc en?		ero					arque s rjeta d				
A veces los i (antes de im	niño/	as de	l ho	gar ol				-			,		s ing	resos	TOT/		·			Illuds	\$	Ing	gresos (de los	niño/as	Se	manalment	Cad 2 sema	la 2 v	eces		Anualmente	2		Consult ingreso								
PASO 4 Certifico (garar pueden verifica	ntizo)	que	toda	la in	orm	ación	que a	apare	се є	n esta	solic	citud (es ve	rdade	era y	que se	e decl	ararc	n toc	dos la	os ing	reso	s. Ent	tiendo		sta in	- forma								•								
federales aplica	ables	". Pa	ara la	a Tarj	eta d	de Ve	erano I	EBT :	Sola	mente	e: Ce	rtifico	que	no es	stoy r	ecibie	ndo la	a Tarj	jeta d	de Ve	erano	EBT	en ot	ro est	tado.																		
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario Firma del ac									dult	0												Fed	ha de h	оу																			
Dirección pos	tal (si	está	disr	onib	e)						iudad	l							Est	tado	,		Códig	o pos	stal			Telé	éfono (opcion	ıal)			Coi	reo elec	trónic	co (opc	ional)					

Fuentes de ingresos											
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos									
 sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) 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] ni subsidios para vivienda privada) subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta 	 beneficios por desempleo compensación para los trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) asistencia en efectivo del estado o el gobierno local pagos de manutención pagos de pensión alimenticia beneficios para veteranos beneficios por huelga 	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 ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anualidades ingresos por inversiones intereses devengados ingresos por arrendamiento pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas									

	Ejemplos de ingresos de los niño/as
•	Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
:	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.
•	Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
	Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

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 × 52, Every 2 Weekly Total Income Weekly Weekly	eks × 26, Twice a M How often? Every 2Weeks 2xMonth Monthly	onth × 24, Monthly × 12. Do not annua Annual Household size	alize income to determine eligibility un	rless more than one income frequence Federal Income Eligibility Free Reduced Denied	y is listed. (If Federal Denied: Eligible for NJEIE? Yes No								
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date								

Declaración sobre el uso de la información

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 asequrarse 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:

orreo: 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:

reo ctrónico: program.intake@usda.gov. *No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.