

La información contenida en esta solicitud se podrá compartir con la oficina de FSSA para propósitos de establecer quienes podrán optar recibir comidas gratis o seguro de salud gratis o a precio reducido bajo Medicaid or Hoosier Healthwise. Si DESEA compartir la información contenida en esta solicitud para estos propósitos, favor de firmar a continuación. Certifico que soy el padre o adulto del grupo familiar del niño objeto de la solicitud. Autorizo que se comparta esta información con esos fines.

X _____ Para obtener información de seguro de salud llamar
 Firma del padre o adulto del grupo familiar Fecha A Hoosier Healthwise 1-800-889-9949

Parte 7. RAZA Y GRUPO ETNICO

Opcional - Usted no tiene que responder. A ningún niño se le podrá discriminar por raza, color, sexo, origen nacional, edad o incapacidad.

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático
- De raza Negra o Afro-Americano
- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Hawaiano o de otra isla del Pacífico
- Blanco

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
- No Hispano ni Latino

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

El Acta Nacional del Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, no se puede autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta del hogar quien firma la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no es requerido si usted está aplicando a favor de un hijo de crianza, o si usted indica un número de caso valido en uno de los siguientes programas: Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) califica para comidas gratis o a precio reducido, para manejar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos 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 revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, está prohibido que esta institución discrimine basado en raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. *Para presentar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame (866) 632-9992 (Voz). Los individuos hipoaúscicos o con dificultad en el habla pueden contactar al USDA por el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.*

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL DE LA ESCUELA -- NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

INCOME CONVERSION to YEARLY:		WEEKLY INCOME X 52
EVERY 2 WEEKS X 26	TWICE A MONTH X 24	MONTHLY INCOME X 12

ELIGIBILITY DETERMINATION

Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income: \$ _____ per: Weekly Every 2 Weeks Monthly
 Twice a Month Yearly

OR Categorical Eligibility: Food Stamps TANF Migrant Homeless Runaway Foster

Eligibility Determination: Approved Free Approved Reduced price Denied

Reason for Denial: Income Too High Incomplete Application Other(Reason) _____

Temporary: Free Reduced Time Period: _____ (expires after _____ days)

Signature of Determining Official: _____ Date: _____

Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Confirmation Review Official: _____

Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: <input type="checkbox"/> Food Stamp / TANF Case Number <input type="checkbox"/> Other Categorical <input type="checkbox"/> Household Size and Income	Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in Food Stamp /TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____ Date Change Made: _____
--------------------------------------	--	--	--	--

Date Hearing Requested: _____ Verifying Official's Signature: _____

Hearing Decision: _____ Date: _____