

Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah 2019-2020

Haga su solicitud en línea en:

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Envíe la solicitud completa a:

PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

Definición de Miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante?		Nombre de la escuela	Grado	Marque todas las que correspondan		
			Sí	No			Head Start	Niño en régimen de acogida	Sin hogar; Migrante; fugado
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles? Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique.

SNAP TANF-FDP FDPIR

b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. No escribe el número de Medicaid.

PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de ésta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de Ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.

A. Ingresos de menores
A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)
Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos de menores ¿Con qué frecuencia?

\$					Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) **Ganancias provenientes de empleos** **¿Con qué frecuencia?**

\$					Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia **¿Con qué frecuencia?**

\$					Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos **¿Con qué frecuencia?**

\$					Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos) **Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar** **Marque si no tiene SSN**

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

Dirección (si corresponde) N.º de apto. Ciudad Estado Código postal Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta Firma del adulto Fecha actual

