



**Si desea compartir esta información con Hoosier Healthwise, véase la página 2.**

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

<b>Parte 7. RAZA Y GRUPO ETNICO</b> Opcional - Usted no tiene que responder. A ningún niño se le podrá discriminar por raza, color, sexo, origen nacional, edad o incapacidad.	<b>Marque una o más de las identidades raciales:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De raza Negra o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Marque una identidad étnica:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> 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 el número de seguro social de la persona adulta del hogar quien firma la aplicación. El número de seguro social no es requerido si usted marcó la casilla que dice "No tengo número de seguro social," si usted está aplicando a favor de un menor a cargo de servicios sociales, 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 por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un empleador y proveedor de igualdad en las oportunidades de trabajo.

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

CONVERSION TO ANNUAL INCOME:		
WEEKLY INCOME X 52	EVERY 2 WEEKS X 26	MONTHLY INCOME X 12

**ELIGIBILITY DETERMINATION**

Income Eligibility: Total Household Size: _____	Total Income: \$ _____	Week	Month	Annual
OR Categorical Eligibility: Food Stamp	TANF	Migrant	Homeless	Runaway
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: Food Stamp / TANF Case Number  Other Categorical  Household Size and Income	Verification Results: No Change Free to Reduced Free to Paid Reduced to Free Reduced to Paid	Reason for Change: Income: _____ Household Size: _____ Change in Food Stamp /TANF Did not respond Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____  Date Change Made: _____
Date Response Due from Households: _____	Date Hearing Requested: _____		Verifying Official's Signature: _____	
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	Hearing Decision: _____		Date: _____	