

Provisión Comunitaria de Elegibilidad (CEP) de FCPS - Formulario de Elegibilidad de Ingresos del Grupo Familiar y Consentimiento para Divulgar Información

_____ (school name) está participando en el programa Provisión Comunitaria de Elegibilidad (CEP). Todos los niños de la escuela recibirán comidas gratuitas independientemente de los ingresos familiares o de que presenten este formulario llenado. Este formulario es para determinar la elegibilidad para recibir servicios adicionales a los que sus hijos puedan calificar. También pueden ser elegibles para participar en otros programas pagados de las Escuelas Públicas del Condado de Fairfax (FCPS) sin tener que pagar nada o pagando una tarifa rebajada. Ustedes también califican para recibir información sobre becas, clases y servicios que ofrecen otras agencias y organizaciones aparte de FCPS.

Si desean que sus hijos participen en programas pagados de FCPS gratuitamente o pagando una tarifa rebajada, y si desean recibir información sobre otros beneficios para sus hijos, deben proporcionar un acuerdo por escrito a fin de permitirle al personal de FCPS compartir la información sobre la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado.

Si ustedes están de acuerdo con que se comparta esta información, sólo divulgaremos si su hijo califica para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado y divulgaremos esto sólo al director de la escuela de su hijo, a los orientadores escolares y al personal de otros programas de FCPS que participan en estas actividades. La información que el personal de FCPS reciba será usada únicamente para los propósitos descritos en este formulario. Según los reglamentos federales y estatales, nosotros no podemos divulgar ninguna información personal identificable fuera de FCPS. Además, la Política de Confianza de FCPS garantiza que los alumnos y las familias de FCPS tengan acceso a los beneficios y servicios que FCPS ofrece, sin tener temor de que la información sea divulgada a las autoridades federales de inmigración. Para obtener información adicional, vayan a www.fcps.edu/trustpolicy.

Por favor, llenen la información de sus hijos y marquen (✓) las casillas correspondientes más abajo Su aceptación para compartir esta información es completamente voluntaria. No aceptar compartir con otros programas de FCPS información sobre la elegibilidad de sus hijos no afectará su elegibilidad para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado.

Llenen sólo un formulario por grupo familiar, firmen su nombre y devuélvanlo a: Fairfax County Public Schools, Office of Food and Nutrition Services, 6840 Industrial Road Springfield VA 22151-9922. También pueden enviar por correo electrónico el formulario llenado a fcpsmealsaps@fcps.edu.

Consentimiento para divulgar información a fin de recibir beneficios para otros programas de FCPS-2024-2025

Por favor, marquen (✓) la casilla o casillas que correspondan.

Si deseo que mis hijos reciban **TODOS LOS BENEFICIOS PARA LOS CUALES CALIFICAN**, marcaré (✓) la casilla que se encuentra aquí abajo en la columna de la izquierda. Si deseo que la información de mis hijos se comparta solo con programas específicos, marcaré (✓) sólo la casilla o las casillas en la columna de la derecha donde se describen los programas. Entiendo que no todos los beneficios ni todos los programas descritos a continuación estarán disponibles para los alumnos en todas las escuelas y en todos los grados.

Todos los beneficios a los que soy elegible

O

Programas específicos

Cuotas estudiantiles según Reglamento y Aviso 5922

Ayuda para los alumnos:

Información sobre ayuda durante las fiestas de fin de año
Información sobre becas y clases que no sean de FCPS, y otros servicios relacionados con la educación que no sean de FCPS
Información sobre ayuda disponible

NO quiero que se comparta el estatus de elegibilidad de mis hijos en el programa federal de comidas gratuitas y a precio rebajado con los programas antes indicados.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Provisión Comunitaria de Elegibilidad (CEP) de FCPS - Formulario de Elegibilidad de Ingresos del Grupo Familiar y Consentimiento para Divulgar Información

1. Enumeren a todos los niños en su grupo familiar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	N.º de ident. del alumno	Escuela	Grado/Profesor	Niño de acogida	No ingresos
				<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"/>

2. Beneficios SNAP/TANF/FDPIR:

Si alguien en su grupo familiar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, marque los beneficios que recibe.

SNAP
 TANF
 FDPIR

3. Ingreso bruto del grupo familiar:

Enumeren a todas las personas que viven en su grupo familiar, cuánto les pagan y con qué frecuencia (semanal, una semana de por medio, dos veces al mes, mensualmente). No dejen en blanco el ingreso. Si no reciben ingreso, marquen la casilla. Si han enumerado a un niño de acogida arriba, deben reportar su ingreso personal.

Nombre del miembro del grupo familiar	Ingresos del trabajo Antes de las deducciones <i>Monto/Frecuencia</i>	Manutención para menores, Pensión alimenticia <i>Monto/Frecuencia</i>	Pensiones, jubilación Pagos <i>Monto/Frecuencia</i>	Otro ingreso, Seguro Social <i>Monto/Frecuencia</i>	No ingresos
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	\$ _____ /	<input type="checkbox"/>

4. Firma: Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar esta solicitud.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se ha reportado todo ingreso. Las autoridades escolares pueden verificar la información y si deliberadamente doy información falsa, puedo ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

Firma: _____
 Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Domicilio: _____

Provisión Comunitaria de Elegibilidad (CEP) de FCPS - Formulario de Elegibilidad de Ingresos del Grupo Familiar y Consentimiento para Divulgar Información

NO LLENAR ESTA PARTE - PARA USO SÓLO DE LA ESCUELA

**Conversión de ingreso anual (convertir solamente cuando se reporta en la solicitud frecuencias de ingresos múltiples)
Semanalmente X 52; Una semana de por medio (cada dos semanas) X 26; Dos veces al mes X 24; Mensualmente X 12**

SNAP / TANF / Niño de acogida

Ingreso del grupo familiar: Ingreso total del grupo familiar/Frecuencia: \$ _____ / _____ Tamaño del grupo familiar: _____

Elegibilidad para recibir gratis

Elegibilidad para precio rebajado

Elegibilidad denegada

Firma del encargado que revisa la solicitud: _____

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), se prohíbe que esta institución discrimine sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, sexo (lo que incluye identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas relacionadas con derechos civiles.

La información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lengua de signos estadounidense), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) responsable por administrar el programa o con el Centro TARGET de USDA llamando al 202-720-2600 (voz o TTY) o comunicándose con USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación, el Denunciante debe llenar el formulario AD-3027, Formulario de Denuncia por Discriminación del Programa USDA, el cual está disponible en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992 o enviando una carta dirigida a USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, y una descripción por escrito de la presunta acción de discriminación con suficientes detalles que le den información al secretario adjunto de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la presunta infracción a los derechos civiles. El formulario AD-3027 llenado o la carta deben ser enviados a USDA por:

1. Correo postal:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. FAX:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.