

# White Settlement ISD Despensa escolar

## Solicitud familiar para la despensa escolar

### Sección 1 – Solicitud (para completarse por un miembro de la familia).

Al firmar, certifico que:

1. Vivo en la dirección provista en la sección 2 y que representando a quienes viven en la casa, estoy solicitando ayuda para recibir alimentos.
2. Toda la información provista a la agencia determinando la elegibilidad del hogar, es verdadera y correcta, hasta donde yo sé.
3. La información provista por el "representante autorizado" del hogar (como está nombrado o autorizado en una página aparte) también es verdadera y correcta, hasta donde yo sé.

Nombre del familiar que llena la solicitud

---

Firma del familiar que llena la solicitud

---

Fecha

---

### Sección 2- Información del hogar

¿Cuánta gente vive en su casa?

¿Es usted la cabeza del hogar?  Sí  No

### Dirección del hogar

Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal	

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Si se recibe otro tipo de ayuda en el hogar, por favor marque las opciones correspondientes. No se necesitan pruebas ni documentación.

<input type="checkbox"/>	Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
<input type="checkbox"/>	Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
<input type="checkbox"/>	Supplemental Security Income (SSI)
<input type="checkbox"/>	National School Lunch Program (NSLP)
<input type="checkbox"/>	Medicaid

¿Cuál es el ingreso total (antes de la deducción de impuestos) de todos los miembros del hogar? Si es que tienen ingresos y aplica a su situación familiar.

Ingreso Total	\$	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semanal
---------------	----	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

\* Los granjeros y personas con negocio propio, pueden poner su ingreso neto (la cantidad después de deducir los gastos del negocio).

---

Firma de quien recibió los alimentos en su ausencia

Por favor escriba todas las personas que viven en su casa y asisten a escuelas del Distrito Escolar de White Settlement:

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

---

Nombre del estudiante Escuela a la que asiste

**Section 3 – Temporary Crisis Food Need**

**Sección 3 – Crisis temporal de ayuda alimenticia** (Debe de completarse por la agencia que recibe la solicitud si se determina que ese hogar no es elegible para recibir ayuda en base a la información de la sección 2)

Is the household in need of temporary, crisis food assistance? Yes No

<i>If yes, document the reason for the crisis</i>	
---	--

**Section 4 - Agency Documentation**

- Household is INELIGIBLE (Please explain in the “comments” box below)
- Household is ELIGIBLE based on the following (mark the appropriate options)
  - Low Income
  - SNAP
  - SSI
  - Medicaid
  - TANF
  - NSLP (Free or reduced-price meals)

Certification period is up to twelve months. For crisis food need (Section 3), certification period is up to six months.

Give length of certification period if household is eligible.

Beginning: \_\_\_\_\_ Ending: \_\_\_\_\_

<i>Comments</i>	
-----------------	--

Signature of Agency Official \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Política de “No Discriminación” de USDA**

De acuerdo con las leyes federales civiles y con las políticas y regulaciones de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, instituciones participantes en los programas de USDA tienen prohibido discriminar por la raza, color, origen nacional, sexo, incapacidad, edad o por represalias a las personas que hayan participado en actividades de derechos civiles o programas patrocinados por el USDA.

Las personas con algún tipo de incapacidad que requieran un tipo de comunicación diferente (por ejemplo Braille para ciegos, letra más grande, grabaciones, señales para sordomudos, etc.) necesitan contactar a la agencia (estatal o local) donde aplicaron para recibir beneficios. Las personas sordas, tienen dificultad para escuchar o tienen dificultades al hablar pueden contactar al USDA a través de los Servicios Federales de Transmisión al (800) 877-8339. Además, hay información disponible de este programa en otros idiomas.

Para quejas de discriminación, por favor complete la Solicitud de Queja por Discriminación del Programa USDA (AD-3027), la cual la puede encontrar en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, también puede escribir una carta dirigida a USDA con la información que se le pide en la solicitud. Para pedir el formato de la carta, llame al (866) 632-9992. Por favor entregue su carta o solicitud al USDA:

- (1) Por correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C.  
20250-9410;
- (2) Por fax: (202) 690-7442; o
- (3) Por correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución otorga oportunidades equitativas.