

Estimado Padre o Tutor:

Los niños necesitan alimentarse saludablemente para poder aprender. Evergreen Park District 124 ofrece comidas sanas cada día escolar. El desayuno cuesta \$1.50; y el almuerzo cuesta \$2.60. Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o comidas a precio reducido. El precio reducido es \$.30 por desayuno y \$.40 for lunch. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, complete la Solicitud de Elegibilidad adjunta. No podemos aprobar solicitudes incompletas; asegúrese de completar toda la información solicitada. Presente la solicitud completa a: Frances A. LaBella 9400 S. Sawyer Evergreen Park, IL 60805

Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos son equivalentes a, o por debajo de los límites indicados en el siguiente cuadro:

Tabla Federal de Ingresos (Vigente del 1 de julio 2011 al 30 de junio, 2012)

Comidas a Precio Reducido (185% Guía Federal para Determinar el Índice de Pobreza)					
Cantidad de personas que habitan en el hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso dos veces por mes	Ingreso cada dos semanas	Ingreso Semanal
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Por cada miembro adicional agregar	7,067	589	295	272	136

1. ¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO? No. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido complete una Solicitud de Elegibilidad por hogar para todos los alumnos del distrito que residen en el hogar. No podemos aprobar una solicitud incompleta; asegúrese de llenar toda la información requerida. Entregue la solicitud completa a la escuela.
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que residen en hogares que participan del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad de una agencia a cargo de la colocación en hogares de crianza o de un tribunal californiano para recibir comidas gratuitas sin importar los ingresos de la familia. Sus hijos también pueden obtener comidas gratis si el ingreso bruto de su familia está dentro de los límites establecidos por la Tabla Federal de Ingresos. Los niños desamparados, los niños que se hayan ido del hogar y los niños inmigrantes también tienen derecho a recibir comidas gratuitas. Si usted no sabe si sus hijos tienen derecho a recibir comidas gratuitas, comuníquese con la escuela para averiguarlo.
3. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS A PRECIO REDUCIDO? Sus hijos pueden obtener comidas a bajo costo si su ingreso familiar está dentro de los límites establecidos por la Tabla Federal de Ingresos que se encuentra más arriba.
4. UN MIEMBRO DE MI FAMILIA RECIBIÓ BENEFICIOS SNAP O TANF. LA ESCUELA ENVIÓ UNA CARTA INDICANDO QUE MI HIJO ESTÁ AUTOMÁTICAMENTE APROBADO PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS BASADO EN LA CERTIFICACIÓN DIRECTA. ¿NECESITO HACER ALGO MÁS PARA ASEGURAR QUE MI HIJO RECIBA COMIDAS GRATUITAS? No. No necesita hacer nada más para recibir comidas gratuitas para su hijo. Si usted tiene alumnos que no estén nombrados en la carta, comuníquese con la escuela inmediatamente. Si usted no desea recibir las comidas gratuitas, siga los pasos indicados en la carta enviada por la escuela, para informar al personal de la escuela inmediatamente.
5. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿DEBO LLENAR OTRA SOLICITUD? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para cada año escolar y por los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya informado que su hijo califica para el nuevo año escolar.
6. YO RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Es posible que los niños que residen en hogares que participan en WIC puedan obtener comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor complete la solicitud adjunta.
7. ¿VERIFICARÁN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA? Sí, y podremos también solicitar prueba escrita.
8. SI NO CUMPLO CON LOS REQUISITOS AHORA ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Si, puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los hijos de padres o tutores que pierdan su empleo pueden tener derecho a comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar cae por debajo del límite de ingresos.
9. ¿QUÉ OCURRE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Hable con los directivos de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a la persona nombrada más arriba.
10. ¿PUEDO PRESENTAR LA SOLICITUD AÚN SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO AMERICANO? Sí. No es necesario ser ciudadano americano para obtener comidas gratuitas o a precio reducido.
11. ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA? Debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (tales como abuelos, otros familiares o amigos) que compartan ingresos y gastos. Debe incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. No incluya otras personas que vivan con usted siendo independientes económicamente (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten su sueldo con usted o sus hijos o personas que aportan un monto prorrateado de los gastos).
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS FLUCTÚAN? Anote el monto que recibe normalmente. Si usted normalmente recibe \$1000 cada mes, pero el mes pasado perdió trabajo y ganó \$900, declare que gana \$1000 por mes. Si normalmente trabaja horas extra, incluya el monto como parte de los ingresos pero no lo incluya si sólo trabaja horas extra a veces. Si usted perdió un puesto o si tuvo una reducción de sueldo, declare su ingreso actual.
13. SOMOS PERSONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS INCLUIR EL SUBSIDIO POR VIVIENDA COMO PARTE DE LOS INGRESOS? Si usted recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe incluirlo como parte de sus ingresos. No obstante, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no necesita incluirlo.
14. MI ESPOSO/A ES MILITAR EN ZONA DE COMBATE. ¿EL PAGO POR COMBATE CUENTA COMO PARTE DE LOS INGRESOS? No, si recibe el pago por combate además del sueldo básico debido a haber sido alistado/a y no lo recibía antes de haber sido alistado/a. En este caso el pago por combate no cuenta como parte de los ingresos. Comuníquese con la escuela para obtener más información.
15. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTE ALGÚN OTRO PROGRAMA AL QUE PODAMOS SOLICITARLA? Para averiguar cómo solicitar beneficios de los programas SNAP, TANF u otros servicios sociales, comuníquese con la división local del Departamento de Servicios Humanos o llame al (800) 843-6154 (voz) o (800) 447-6404 (servicio telefónico para sordomudos).

Atentamente,

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD - LLENE UN FORMULARIO POR HOGAR POR DISTRITO ESCOLAR

### SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP OR TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en su hogar, indique la escuela y el grado para cada alumno, y el número de caso SNAP o TANF por cada miembro de su hogar, incluso los adultos que reciban dichos beneficios. (Adjunte otra hoja si fuera necesario).

**Sección 2:** Omite esta sección.

**Sección 3:** Omite esta sección.

**Sección 4:** Firme el formulario. (No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### SI NINGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES UN NIÑO DESAMPARADO, INMIGRANTE O SE HA IDO DEL HOGAR, O PARTICIPA DE LOS PROGRAMAS HEAD START O EVEN START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en su hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño.

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Complete solo si un niño en su hogar no cumple con los requisitos enumerados en la Sección 2. Vea las instrucciones para todos los otros hogares.

**Sección 4:** Firme el formulario. Proporcione los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social sólo si completa la Sección 3. (Marque el casillero correspondiente si el niño no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### SI SOLICITA BENEFICIOS PARA NIÑOS EN CUIDADO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES Y ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO A SU ESCUELA:

Si **todos** los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidados de crianza o tribunal:

**Sección 1:** Enumere todos los niños en cuidado de crianza indique la escuela a la que asiste cada niño. Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza" para cada niño en cuidado de crianza.

**Sección 2:** Omite esta sección.

**Sección 3:** Omite esta sección.

**Sección 4:** Firme el formulario. (No es necesario incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Si algunos de los niños que residen en el hogar son niños en cuidado de crianza bajo la responsabilidad legal de una agencia a cargo de la colocación de niños en hogares de cuidado de crianza o tribunal:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos". Marque el casillero "Niño en Cuidado de Crianza" para cada niño en cuidado de crianza.

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

• **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.

• **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residen en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDIPIR, WIC; beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SOLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

**Sección 4:** Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

### TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUSO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

**Sección 1:** Enumere todas las personas que viven en el hogar e indique la escuela a la que asiste cada niño. Por cada persona sin ingresos (incluidos los niños) debe marcar el casillero "Sin ingresos".

**Sección 2:** Si alguno de los niños para los que solicita el beneficio es desamparado, inmigrante o se ha ido del hogar marque donde corresponda y llame a la escuela.

**Sección 3:** Siga estas instrucciones para declarar el total de los ingresos del hogar para éste mes o el mes pasado.

• **Casillero 1–Nombre:** Indique todos los miembros del hogar que tienen ingresos.

• **Casillero 2 –Ingreso bruto y cómo fue obtenido:** Por cada persona que vive en el hogar, indique cada tipo de ingreso obtenido durante el mes. Se debe indicar con qué frecuencia se recibe el dinero: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o una vez al mes. Al reportar las ganancias, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el sueldo en mano. El ingreso bruto es el monto ganado antes de la deducción de impuestos y otros descuentos. Esta información se encuentra en el talón del cheque de pago o su jefe puede proporcionarla. En cuanto a otros ingresos, declare la cantidad de dinero recibido por niño por asistencia pública (welfare), manutención de menores, pensión por divorcio, jubilación, Seguridad Social, Ingreso Suplemental (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA) y beneficios por discapacidad. Bajo todo otro tipo de ingresos, declare beneficios de Compensación para Trabajadores, beneficios por desempleo o huelga, pagos habituales de personas que no residen en su hogar y todo otro tipo de ingresos. No incluya ingresos provenientes de SNAP, FDIPIR, WIC; beneficios de educación federal y pagos realizados por una agencia de colocación por ser familia de crianza. SOLO las personas que trabajan independientemente pueden declarar los ingresos después de los gastos en la categoría de ganancias provenientes del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad en alquiler. Los militares que participan de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o reciben pago por combate, no incluyan estos montos como parte de sus ingresos.

**Sección 4:** Un adulto que resida en el hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (O marcar el casillero correspondiente si no tiene uno).

**Sección 5, 6, 7:** Datos de contacto, raza y origen étnico de los niños y toda información sobre All Kids: Responda estas preguntas sólo si lo desea. (Opcional)

Declaración Sobre la Protección de la Información Privada: **A continuación se explica cómo utilizamos la información que usted proporciona.** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que se proporcione la información solicitada en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos otorgar comidas gratuitas o a precios reducidos para su niño. Deberá proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud. No se requiere proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social cuando se hace la solicitud en nombre de un niño en cuidado de crianza cuando se proporciona el número de caso SNAP, TANF, FDIPIR o todo otro número de caso de servicios sociales que identifique a su niño, o cuando usted indique que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Utilizaremos la información provista para determinar si su niño cumple con los requisitos para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PUEDE QUE compartamos la información sobre su elegibilidad con programas educativos, de salud y alimentación para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisión de programas y con autoridades públicas para ayudarlos a investigar la violación de los reglamentos del programa.

Política de No-Discriminación: **A continuación se explica cómo proceder si usted cree que ha sido tratado injustamente.** "De conformidad con la Ley Federal y la política del Ministerio de Agricultura de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o los sordomudos pueden comunicarse con USDA por medio del Servicio Telefónico para Sordomudos llamando al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Servicio en español). USDA es un prestador y empleador que ofrece igualdad de oportunidades".

**1. Todos los integrantes del hogar**

Marque si la solicitud es susceptible a errores.

NOMBRE DE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR Nombre, inicial del Segundo Nombre, Apellido	(Para alumnos solamente) Nombre de la Escuela	(Para alumnos solamente) Grado	Número de Caso SNAP o TANF (si corresponde, para cada integrante del hogar). Si proporciona el número de caso SNAP o TANF, vaya directamente a la Sección 5.										Marque si NO tiene ingresos	Marque si es niño en cuidado			
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<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"/>

**2. Niños desamparados, inmigrantes, que se han ido del hogar o en el Programa Head Start (Elegibles por categoría)**

Desamparado  Inmigrante  Fugitivo  Programa Head Start

Firma del Contacto Escolar para desamparados, Coordinador de Inmigrantes o Director del Programa Head Start \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**3. Ingreso total bruto del hogar (antes de las deducciones). Indique con qué frecuencia y cuánto dinero recibe.**

A. NOMBRES (ENUMERE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CADA CUÁNTO SE LO RECIBE (Por ejemplo: \$100/mes; \$100/dos veces al mes; \$100/cada dos semanas; \$100/semana)							
	B. Sueldo proveniente del trabajo (Antes de los deducciones)		C. Asistencia pública, manutención de menores, pensión por divorcio		D. Pensiones, jubilación, Seguro Social		E. Compensación para trabajadores, Seguro por desempleo, SSI, etc.	
	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia	Monto	Frecuencia
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

**4. Firma y Número de Seguro Social (Requiere la firma de un adulto)**

Un adulto que resida en el hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Sección 3, o si no se declaran ingresos en la Sección 1, el adulto que firma la solicitud debe proporcionar los cuatro últimos dígitos de su número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "No tengo número de Seguro Social".    -   - \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social.

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales tomando como base la información que he proporcionado. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder el derecho a las comidas y que podré ser procesado legalmente.*

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del adulto integrante del hogar (Escriba en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del adulto integrante del hogar \_\_\_\_\_

**5. Datos de contacto (Información opcional)**

Teléfono del trabajo (Con código de área) \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar (Con código de área) \_\_\_\_\_

Domicilio personal (número, calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

**6. Raza y origen étnico de los niños (Opcional)**

Marque un origen étnico:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Marque un origen étnico:

- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Blanco
- Indio Americano o Nativo de Alaska

Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico

**7. Compartir la información de la solicitud con el programa All Kids—El programa All Kids es un programa integral de salud para todos los niños de Illinois.**

¡No! **NO DESEO** compartir información sobre mi Solicitud de Elegibilidad con el programa All Kids.

Firme aquí: \_\_\_\_\_

**PARA USO ESCOLAR ÚNICAMENTE—LEA utilice la conversión anual para todas las solicitudes del distrito.** Convierta los ingresos sólo si se declaran ingresos con distintas frecuencias de cobro.

**DETERMINACIÓN INICIAL** Conversión de ingreso anual Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Una vez al mes X 12

INGRESO TOTAL \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mes  Año Cantidad de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ Cambio de condición: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Gratis basado en:

- Desamparado
- Inmigrante
- Fugitivo
- Programa Head Start
- SNAP o TANF
- Niño en cuidado de crianza
- Ingresos

Precio reducido basado en:

- Ingresos

Beneficios negados. Motivo:

- Ingresos demasiado altos
- Solicitud incompleta

Temporariamente:

- gratis Hasta: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_
- precio reducido (45 días cada uno como máximo)

Firma del funcionario determinante \_\_\_\_\_

Fecha de suspensión: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**LAS SIGUIENTES SECCIONES NO SE REQUIEREN PARA LOS PROGRAMAS DE LECHE GRATIS O PROGRAMAS DE LECHE EN ILLINOIS.**

**VERIFICACIÓN** (Previa a la verificación y solo para aquellas solicitudes seleccionadas para verificación) Firma del funcionario confirmante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
**DE LA CONFIRMACIÓN**

VERIFICACIÓN DIRECTA COMPLETADA <input type="checkbox"/> FECHA DE ENVÍO DE VERIFICACIÓN: _____	<b>DETERMINACIÓN INICIAL</b> <input type="checkbox"/> Gratis basado en el número de caso SNAP/ TANF <input type="checkbox"/> Gratis basado en ingresos <input type="checkbox"/> Precio reducido basado en ingresos	<b>RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> De gratis a precio reducido <input type="checkbox"/> De gratis a pago <input type="checkbox"/> De precio reducido a gratis <input type="checkbox"/> De precio reducido a pago	<b>MOTIVO DE CAMBIO:</b> <input type="checkbox"/> Ingresos: \$ _____ <input type="checkbox"/> Tamaño del hogar: _____ <input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF <input type="checkbox"/> No respondí <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE ESTADO ENVIADA EL:</b> _____ <b>FECHA DE VIGENCIA DEL CAMBIO DE ESTADO:</b> _____
FECHA DE VENCIMIENTO PARA LA RESPUESTA DEL HOGAR: _____ (SE RECOMIENDA 10 DÍAS CORRIDOS)	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Contacto personal Resultados	Firma del funcionario verificador _____	Fecha: _____	

