



**COLEGIO PONCEÑO**  
**ACUERDO DE FORMA DE PAGO 2023-2024**

1. Toda familia que tenga pendiente una deuda de cursos anteriores deberá saldar la misma antes de comenzar el nuevo curso escolar para el cual se está matriculando, evitando que se afecten los servicios educativos de sus hijos o menores a cargo.
2. El pago de mensualidad de cada estudiante vence el día primero de cada mes. El Colegio concede un periodo de gracia hasta el día 15 de cada mes para efectuar el pago sin recargo.
3. Pueden pagar las mensualidades mediante el sistema Multipago del Banco Popular, autorización de cobro a tarjeta de crédito, débito directo a su cuenta de banco o en ventanilla.
4. Habrá un cargo de \$50.00 por cada mes en atraso.
5. Si usted solicitó la libreta de pago y no la recibe para el inicio del curso, proceda a efectuar el pago en la ventanilla de recaudaciones en o antes del día 15 del mes de agosto. Las mismas se envían por correo durante el mes de julio a la dirección indicada en la matrícula. De extraviarla, deberá pagar el costo de reorden de \$4.00. Solo se ordenará las mismas antes de noviembre. Luego de esta fecha deberá acogerse a otra forma de pago.
6. No se expedirá documento alguno a estudiantes que no estén al día en sus pagos, aunque hayan sido dados de baja del Colegio.
7. Todos los estudiantes deberán tener al día las mensualidades, el servicio del comedor escolar, las cuotas y el servicio de libros electrónicos para poder tomar los exámenes finales, recibir notas, transcripciones de créditos, togas, diplomas, acceder al programa PlusPortals o recibir cualquier otro documento oficial que sea solicitado.
8. Familias con planes de pago por deuda no tendrán acceso a Plusportal, hasta que cubran la misma.
9. El atraso de dos vencimientos consecutivos será razón suficiente para suspender los servicios educativos a los estudiantes afectados.
10. Si por no estar al día en los pagos algún estudiante no tomara los exámenes semestrales deberá hacer los arreglos pertinentes en las Oficinas de Tesorería y Dirección, antes del 28 de febrero o julio siguiente a dicho semestre. De no hacerlo, será calificado "Incompleto", dado de baja del Colegio y sujeto a repetir el semestre o curso para continuar sus estudios.
11. Si un estudiante se da de baja del Colegio, no se le devolverá el dinero de la matrícula y deberá pagar el balance de las cuotas por estudiante y por familia. Solo se reembolsará cualquier cuota de instrucción pagada por adelantado.
12. Los padres aceptan que, de no cumplir estrictamente con los términos y condiciones del compromiso del pago mensual, su hijo podrá ser dado de baja del Colegio. Se obligan estos además, a satisfacer una suma líquida de mil dólares (\$1,000.00) para costas, gastos y honorarios incurridos por el Colegio para el procedimiento legal del cobro de mensualidades, matrículas y cargos los cuales podrán ser exigidos por el Colegio aunque el pleito se ventile en rebeldía o termine en virtud de transacción. Se acepta la jurisdicción y competencia de la Sala de Ponce del Tribunal de Primera Instancia, no importa el lugar de residencia de los padres deudores.
13. Se debe pagar en efectivo, con giro a nombre del Colegio Ponceño o tarjeta de crédito los atrasos de mensualidades o deudas pendientes.
14. No se recibe pagos mediante cheques personales.
15. Colegio Ponceño, Inc. se reserva el derecho de requerir el pago mandatorio de cuotas adicionales por actividades especiales o recaudación de fondos, según fuese necesario.
16. Los padres o tutores del estudiante deben firmar y devolver al Colegio este documento para que el estudiante se considere matriculado en el Colegio Ponceño.
17. La administración del Colegio se reserva el derecho de enmendar o alterar este acuerdo en el momento que lo estime conveniente para el buen funcionamiento de la institución, notificando a los padres cualquier enmienda. Muchas gracias por permitirnos ayudarles en la educación de su hijo.

Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ Apellidos y grado del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Autorización para publicar fotos, noticias y trabajos estudiantiles en internet o publicaciones escritas del Colegio Ponceño**

A lo largo del curso escolar, se saca fotos de las actividades estudiantiles y de los mismos alumnos para publicarlas en páginas electrónicas o impresas del Colegio Ponceño.

Como padres o tutores de \_\_\_\_\_  
del grado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizamos que la fotografía de nuestro hijo, su trabajo artístico o creativo puede ser considerado para su publicación en la página de Internet o publicaciones impresas del Colegio Ponceño.

\_\_\_\_\_ No lo autorizamos.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



Colegio Ponceño 1900 Carr. 14  
Coto Laurel PR 00780-2147  
**tel. 787-848-2525**  
**email: oficina@copin.net**





## NOTIFICACION SOBRE LA PRUEBA DE DOPAJE COMPULSORIA A ESTUDIANTES DE 9NO AL 12MO GRADO



El Colegio Ponceño está comprometido a educar a todos nuestros estudiantes del peligro que conlleva el abuso del alcohol, tabaco y el uso de sustancias controladas. Es la intención del Colegio Ponceño proteger a nuestros estudiantes dentro de una amplia política de salud y bienestar. Es por ello por lo que se busca implementar las correspondientes medidas necesarias de manera rápida y decisiva que desalienten el abuso de alcohol, tabaco y el uso de sustancias controladas.

El Colegio Ponceño ha establecido un programa llamado “El Cruzado Libre de Drogas” (“el Programa”) como parte de una abarcadora política de salud y bienestar.

En agosto de 2014 el Colegio adoptó por primera vez un Protocolo que forma parte integral de la política de salud y bienestar, y que estipula la regulación de los pasos, el procedimiento, las sanciones y otros asuntos relacionados con el Programa.

Las familias de los estudiantes deben leer con detenimiento y discutir con su hijo(a) este protocolo. Copias del protocolo las pueden encontrar en [www.copin.net](http://www.copin.net). De igual manera, la Administración del Colegio estará disponible para explicar detalles, dudas o preocupaciones relacionadas con el Programa o el Protocolo a los padres y/o a los estudiantes.

El Programa se compone de una prueba de orina compulsoria de dopaje semestral para los estudiantes del Colegio Ponceño de los niveles de 9no al 12mo grado. Otras pruebas aleatorias (*random*) adicionales podrán realizarse. Para estas pruebas aleatorias la Administración determinará quiénes formarán parte de la muestra representativa en cada prueba. Por medio del Programa, el Colegio Ponceño tiene el propósito de proteger la salud y el bienestar de nuestros estudiantes, contrarrestar la presión de grupo negativa para que el estudiante se oponga convincentemente a probar y/o experimentar sustancias controladas en el momento en que éste sea expuesto.

También tiene como meta promover que todos los compañeros del Colegio se encuentren en la misma situación, disminuyendo así, toda posibilidad de que uno de nuestros estudiantes exponga a otro de nuestros estudiantes al mal social de la droga. Además, el Colegio Ponceño, por medio del Programa, busca identificar y asistir a los estudiantes con problema de uso de sustancias controladas y dirigirlos a recibir la ayuda apropiada y necesaria para superar el mismo. El Colegio Ponceño cree fielmente que el uso de cualquier tipo de droga es incompatible con las exigencias físicas, mentales, emocionales y académicas impuestas a su estudiantado. Entiende también, que afecta negativamente a la imagen de la Institución.

Implantamos este programa, por ahora de 9 a 12 pero con posibilidad de expandirlo a otros grados, porque esperamos que nuestros alumnos sean excelentes estudiantes, seres humanos rectos e íntegros, personas que aporten al cambio del mundo; pero, sobre todo, anhelamos que lleven en su ser, el rostro amado del más bello de los hombres: Jesucristo, nuestro Maestro, nuestro Hermano y nuestro Amigo. Ése es nuestro más alto sueño y nuestro más caro ideal.

## **FORMULARIO PARA FIRMAR SOBRE EL PROTOCOLO “El Cruzado Libre de Drogas”**

He leído y entendido el Programa de Prueba de Dopaje Compulsorio del Colegio Ponceño titulado "El Cruzado Libre de Drogas" y el Protocolo. He compartido y discutido todas las cláusulas con mi hijo(a). El Colegio está en la disposición de aclararnos cualquier duda o preocupación sobre el Programa o el Protocolo.

Entiendo que, bajo el Programa, mi hijo(a), será expuesto a una prueba compulsoria por semestre. Otras pruebas se harán aleatoriamente (“*random*”) en el transcurso del año académico.

Autorizo a que un laboratorio externo, bajo contrato con el Colegio Ponceño, realice pruebas de orina a mi hijo(a), menor de edad quien lleva el nombre abajo indicado, para detectar la presencia de sustancias controladas. Entiendo que la información provista por el Programa es completamente confidencial y solamente tendrán acceso a esta los padres del estudiante, el estudiante, el personal del laboratorio y los empleados designados del Colegio Ponceño que se encuentren participando del Programa, según establecido en el Protocolo.

Entiendo que de la prueba dar positivo, se aplicará el procedimiento establecido en el Protocolo, el cual es parte integral del Reglamento de Estudiantes del Colegio Ponceño.

Entiendo que se me facturará a mi cuenta una cuota anual de \$60.

Nombre del Estudiante:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Tutor (letra del molde):

\_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Tutor:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Instrucciones** Fuente de Ingresos

Fuente de Ingresos de Niños		Fuente de Ingresos de Adultos		
Fuente de Ingreso de los niños	Ejemplos	Ingreso por concepto de trabajo	Asistencia pública / pensión alimenticia / manutención	Pensión / jubilación / otros ingresos
Ingreso por concepto de trabajo	Un niño tiene un trabajo a tiempo completo o parcial donde ganan un sueldo o salario	Sueldos, salarios, bonos en efectivo Cobro de ingresos netos por auto empleo (finca o negocio)	Compensación por desempleo Indemnización por trabajo	Pago por seguro social (incluyendo beneficios de jubilación y pulmón negro del ferrocarril)
Seguro Social: Pago por Discapacidad	Niño sea ciego o es discapacitado y recibe los beneficios de Seguro Social	Si estás en el ejército de Estados Unidos: Pago básico, pago de bonos y pago en efectivo (no se incluya la paga de combate, FSSA o subsidios privatizado de vivienda)	Ingreso por Seguridad Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo por parte del estado o del gobierno local	Pagos por pensiones privadas o por incapacidad
Pago por beneficio como sobreviviente	Los padres están deshabilitado, jubilado o fallecido, y su niño recibe beneficios de Seguridad Social	Pago por subsidios de vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	Pago por pensión alimenticia de niños Pago por beneficios de veteranos de guerra Pagos por beneficios de huelga	Pagos por ingresos regulares del estado o por fondos trust
Ingreso de una persona fuera del núcleo familiar	Un amigo o algún miembro familiar que de forma regular aporta a los gastos de los niños			Anualidades, Ingresos por inversiones, Intereses ganados, Ingresos por renta
Ingresos de cualquiera otra fuente	Un niño recibe ingresos de forma regular de un fondo de pensiones privado, de una anualidad o de fondos tipo trust			Pagos regulares en efectivo fuera del núcleo familiar

**NO CUMPLIMENTE ESTA PARTE** ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA

Conversión Anual de Ingresos: Semanal x 52, Cada 2 Semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12

Ingreso Total: \$ \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Quincenal  Cada 2 Semanas  Mensual  Año Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_

Categoricamente Elegible:  Elegibilidad por Ingresos: Gratis  Reducido  Pagando

- Error Prone
- Verificación por Causa
- Muestra

Firma del Funcionario

Autorizado para Determinar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario

Autorizado para Confirmar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

Firma del Funcionario

Autorizado, 2da Revisión Independiente.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**Resultado Verificación:**

Firma del Funcionario Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**Resultado Monitoría:**

Firma del Funcionario Autorizado: \_\_\_\_\_ Firma Monitor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Cambió a: Gratis  Reducido  Pagando

**OPCIONAL** Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

No Aplica. Puerto Rico tiene una dispensa para no solicitar información relacionada a Identidad Racial.

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer implementación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo; U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Política pública de la ley de derechos civiles de los programas de nutrición del niño de "USDA"  
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, por sus siglas en inglés), se

# COMO SOLICITAR COMIDA ESCOLAR GRATUITA Y DE PRECIO REDUCIDO

Favor utilice estas instrucciones para llenar la solicitud para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido. Solamente necesita completar **una** solicitud por hogar, aún si sus hijos asisten a más de una escuela en [Distrito Escolar]. Debe llenar completamente la solicitud para solicitar comida gratuita o de precio reducido para sus hijos. Favor siga estas instrucciones en el orden indicado. Cada paso de las instrucciones corresponde a los pasos en la solicitud. Si en algún momento usted no está seguro cómo responder, favor de contactar **[Escuela/distrito escolar a contactar...teléfono y correo electrónico preferible]**.

**FAVOR USE UN BOLÍGRAFO (NO LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA EN LETRA CLARA Y DE MOLDE**

## PASO 1: HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12 MIEMBROS DE SU HOGAR.

Diga cuántos bebés, niños y estudiantes viven en su hogar. Ellos no tienen que ser parientes para ser parte de su hogar.

**¿A quiénes debo incluir en esta lista?** Al llenar esta sección, favor incluya a todos los miembros de su hogar que son:

- Menores de 18 o menos años sustentados por los ingresos del hogar;
- Niños/as en su cuidado temporal que califican como jóvenes sin hogar, migrantes, o fugitivos;
- Estudiantes que asisten a **[escuela/distrito escolar aquí]**, *no importa la edad*

<p><b>A) Haga una lista con los nombres de cada niño.</b> Para cada niño, escriba su primer nombre, la inicial (si aplica) y los apellidos. Ponga sólo un nombre por línea. Al escribir los nombres, ponga una sola letra en cada casilla. No continúe si no hay más casillas. Si no le alcanzan las líneas del formulario, agregue una hoja con toda la información requerida para los niños adicionales.</p>	<p><b>B) ¿Es el niño o la niña estudiante en [nombre de la escuela/distrito escolar aquí]?</b> Marque "Sí" o "No" bajo la columna titulada "Estudiante" para indicar los niños que asisten a <b>[nombre de la escuela/distrito escolar aquí]</b>. Si marcó <b>Sí</b>, escriba el grado escolar que el estudiante cursa en la columna a la derecha.</p>	<p><b>C) Grado que cursa el estudiante</b> Escribir PK para estudiantes cursando el pre-kínder, <b>K</b> para los de kínder, <b>1</b> para los de primer grado, <b>2</b> para los de segundo grado, etc.</p>	<p><b>D) Para uso exclusivo de la entidad escolar.</b> El oficial de la institución que lleva a cabo la Determinación de Elegibilidad debe escribir en este espacio <b>el número único</b> que identifica al estudiante en las listas de conteo y en el Reporte de Otorgación de Beneficios.</p>	<p><b>E) ¿Tiene algún niño adoptivo temporal (Foster)?</b> Si algún niño(a) está con usted como adoptivo temporal, marque la casilla titulada "Foster Child" al lado del nombre del niño(a). <b>Los niños adoptivos temporales que viven con usted se considerarán como miembros de su hogar y deben ser listados en su solicitud.</b> Si usted está solicitando para ambos, niños adoptivos y niños propios siga al PASO 3. Si usted está solicitando solamente para los niños adoptivos temporales, después de completar PASO 1, vaya al PASO 4 de la solicitud y de estas instrucciones.</p>	<p><b>F) ¿Hay niños sin hogar, migrantes o fugitivos?</b> Si usted cree que algún niño listado en esta sección puede caer en estas descripciones, favor marcar la casilla al lado del nombre del niño(a) titulada "Sin Hogar, migrante, Fugitivo" y <b>complete todos los pasos de la solicitud.</b></p>
--	--	--	--	---	--

## PASO 2: ¿PARTICIPA ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR, INCLUYÉNDOSE A USTED, EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: SNAP, ¿TANF O FDPIR?

**Si alguien en su hogar participa en los programas de asistencia indicados abajo, sus niños son elegibles para recibir comida escolar gratuita:**

- El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) o **[inserte aquí SNAP Estatal]**
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o **[inserte aquí TANF Estatal]**
- El Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)

<p><b>A) Si nadie en su hogar participa en alguno de los programas mencionados arriba, deje en blanco el PASO 2 y vaya al PASO 3 en estas instrucciones y PASO 3 en su solicitud.</b></p>	<p><b>B) Si alguien en su hogar participa en alguno de los programas mencionados arriba:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indique un número de caso para el SNAP, TANF, o FDPIR.</b> Usted necesita escribir sólo un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y desconoce su número de caso, contacte <b>[información de contacto para el Estado /agencia local]</b>.</li> <li>• <b>Vaya al PASO 4.</b></li> </ul>
---	---

## PASO 3: DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

**¿Cómo debo reportar mis ingresos?**

- **Utilice las tablas bajo el título de "Fuentes de Ingresos para de Niños" y "Fuentes de Ingresos de Adultos", que se encuentran al reverso de la solicitud, para determinar si su hogar tiene ingresos para reportar.**
- **Informe todos los ingresos SOLAMENTE EN CANTIDADES BRUTAS "GROSS". Informe todos los ingresos en dólares enteros. No debe incluir centavos.**

- El Ingreso bruto es el ingreso total antes de los descuentos de los impuestos.
- Muchas personas piensan como ingreso bruto la cantidad que "llevan a casa". Asegúrese que la cantidad que informe en esta aplicación no sea la reducida después de pagar los impuestos, primas de seguros o cualquier otra cantidad de su salario.
- Escribir un "0" en los campos donde no tenga ningún ingreso para reportar. Los campos de ingresos dejados vacíos o en blanco se contarán como un cero. Si usted escribe '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso para reportar. Si las autoridades sospechan que su ingreso se informó incorrectamente, su aplicación será investigada.
- Marque la frecuencia con cada tipo de ingreso se recibe usando las casillas de verificación a la derecha de cada campo.

**3. A. REPORTE TODOS LOS INGRESOS DE LOS NIÑOS**

**A) Informe todos los ingresos devengados o recibidos por los niños.** Informe el ingreso bruto combinado de todos los niños en su casa, enumerados en el PASO 1 en la casilla "Ingreso del niño". Solamente incluya el ingreso de los niños adoptivos temporales si usted está solicitando para ellos junto con el resto de los miembros de su hogar.

**¿Qué es el Ingreso del Niño?** Ingreso del niño se refiere al dinero recibido de una fuente fuera del hogar y pagado **DIRECTAMENTE** a sus niños. Muchos hogares no reciben ingreso para sus niños. Use la tabla en la segunda página de la SOLICITUD para determinar si su hogar tiene ingreso del niño para reportar.

**3. B INFORME EL INGRESO DE LOS ADULTOS**

**Who should I list here?**

- *Al completar esta sección, por favor incluya a todos los miembros adultos de su familia que viven con usted y que comparten ingresos y gastos, incluso aquellos que no están relacionados con usted o no son parientes, e incluso si no reciben ingresos propios.*

**No incluya a personas que:**

- Viven con usted, pero no se están manteniendo con el ingreso de su hogar y no contribuyen con ingresos en su hogar.
- Niños y estudiantes que ya están en la lista del Paso 1.

**B) Liste los nombres de los miembros adultos del hogar.** Escriba en letra de molde, el nombre de cada miembro de la familia, en las casillas "Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar" (primer nombre y apellido). **No incluya a los miembros del hogar que usted escribió en el PASO 1.** Si un(a) niño(a) listado(a) en PASO 1 tiene ingreso, siga las instrucciones en PASO 3, Parte A.

**C) Reporte ingresos de su trabajo.** Informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos" de la aplicación. Éstos son ingresos recibidos, usualmente, de su trabajo. Si usted es trabajador independiente o agricultor, usted reportará su ingreso neto.

**¿Y si soy trabajador independiente?**  
Si usted es trabajador independiente, reporte el ingreso de su trabajo como **neto**. Éste se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto.

**D) Reporte Ingresos de Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Matrimonial.** Consulte la tabla titulada "Fuentes de Ingresos Para Adultos" en estas instrucciones y reporte todo ingreso en la casilla "Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Matrimonial" en la solicitud. No reporte el valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está incluida en la tabla. Si hay ingreso de manutención de menores o pensión matrimonial, solamente pagos **ordenados por una corte** deben ser reportados aquí. Pagos informales pero regulares deberían ser reportados como "otro" ingreso en la próxima sección. **Report income from public assistance/child support/alimony.** Report all income that applies in the "Public Assistance/Child Support/Alimony" field on the application. Do not report the cash value of any public assistance benefits NOT listed on the chart. If income is received from child support or alimony, only report court-ordered payments. Informal but regular payments should be reported as "other" income in the next part.

**E) Reporte ingresos de Pensión/Jubilación/Otros Ingresos.** Consulte la tabla titulada "Fuentes de Ingresos de Adultos" en estas instrucciones y reporte todo ingreso relacionado en el espacio de la solicitud titulado "Pensiones/Jubilación/Otros Ingresos." **Report income from pensions/retirement/all other income.** Report all income that applies in the "Pensions/Retirement/ All Other Income" field on the application.

**F) Reporte el Número Total de Personas en el Hogar.** Ponga el número total de los miembros del hogar en el espacio "Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)." Este número **DEBE** ser igual a la suma de los miembros del hogar listados en el PASO 1 y el PASO 3. Si hay miembros del hogar que usted no ha puesto en las listas de la solicitud, vuelva a la solicitud y agréguelos. Es muy importante poner en las listas a todos los miembros de su hogar porque el número de personas en su hogar determina el límite o tope del ingreso usado para determinar si puede recibir comida gratuita o de precio reducido.

**Report total household size.** Enter the total number of household members in the field "Total Household Members (Children and Adults)." This number **MUST** be equal to the number of household members listed in **STEP 1** and **STEP 3**. If there are any members of

**G) Escriba los últimos cuatro números del Seguro Social.** El/la asalariado/(a) principal u otro miembro adulto del hogar debe escribir los últimos cuatro números del Seguro Social en el espacio indicado. **Usted es elegible para solicitar beneficios aun si no tiene un número del Seguro Social.** Si ningún miembro adulto del hogar tiene número del Seguro Social, deje en blanco este espacio y ponga una "X" en la casilla a la derecha titulada "Marque si no hay SS#."

**Provide the last four digits of your Social Security Number.** An adult household member must enter the last four digits of their Social Security Number in the space provided. You are eligible to apply for benefits even if you do not have a Social Security Number. If no adult household members have a Social Security Number, leave this space blank and mark the box to the right labeled "Check if no SSN."

your household that you have not listed on the application, go back and add them. It is very important to list all household members, as the size of your household affects your eligibility for free and reduced-price meals.

#### STEP 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE ADULTO

**Toda solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar.** Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar certifica que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. **Antes de completar esta sección, asegúrese también de leer las declaraciones de derechos civiles y de privacidad al reverso de la solicitud.**

**All applications must be signed by an adult member of the household. By signing the application, that household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please also make sure you have read the privacy and civil rights statements on the back of the application.**

**A) Provea su información de contacto.** Si tiene dirección permanente, escriba su dirección actual en los espacios correspondientes. **Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.** Poner un número de teléfono, correo electrónico es opcional, pero nos ayuda a contactarle rápidamente si necesitamos hacerlo.  
**Provide your contact information.** Write your current address in the fields provided if this information is available. If you have no permanent address, this does not make your children ineligible for free or reduced-price school meals. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.

**B) Firme y escriba su nombre en letra de molde.** Escriba su nombre en letra de molde en la casilla “Nombre en letra de molde del adulto que llena el formulario.” Y firme en la casilla “Firma del adulto que completa este formulario.”  
**Print and sign your name.** Print the name of the adult signing the application and that person signs in the box “Signature of adult.”

**C) Escriba la Fecha de Hoy.** Escriba la fecha de hoy en la casilla indicada.  
**Write today’s date.** In the space provided, write today’s date in the box.

**D) Indique las Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (opcional).** Al reverso de la solicitud, pedimos que usted dé información sobre la raza y etnicidad de sus niños. **Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comida gratuita escolar o de precio reducido.**  
**D) Share children’s racial and ethnic identities (optional).** On the back of the application, we ask you to share information about your children’s race and ethnicity. This field is optional and does not affect your children’s eligibility for free or reduced-price school meals.