

2025–26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de Flexibilidad para Nutrición Infantil y Beneficio Educativo) | 2025–26

**Presentar solicitud en Escuela/ Distrito LYNDEN SCHOOLS/RIC**

Esta solicitud puede calificarle para: beneficios de alimentos, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades. Visite [www.fns.usda.gov](http://www.fns.usda.gov) o llame al 1-800-422-5722.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Food Service Office @ BVF 1301 Bridgenvew Dr Lunden WA 98264 or your child's teacher.  
recibir comidas sin costo alguno.

- Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos:**

2. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia escriba un número de cada uno que aplica.

- TANF
- Food Distribution Program on Indian Reservations / Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

- Entonces los ingresos de todos los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o daña

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): \_\_\_\_\_

(el total debe ser igual al numero de miembros del hogar indicados anteriormente)

Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a: Narlene Van Reek FSO @ RVE 1301 Bridgeman Dr. Laramie, WY 82070.

Tribunal Indígena (sí aplica). Entiendo que esta información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y nuedo ser sancionado conmigo los beneficios.

Nombre en letra de maldad Miembros adictos del hermano

**Firma del Miembro adulto del hogar**

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código Postal

**Identidad Racial Y Étnica de los Niños (Opcional)** - Estamos obligados a solicitar información acerca de la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una o más identidades raciales:

- Indígena americana o nativo de Alaska  
 Negra o afroamericana  
 Caucásica

- Asiática  
 Nativo de Hawaï o de otras islas del Pacífico  
 Hispana o latina

- Ni hispana ni latina

Marque una identidad étnica:

**Elegibilidad para Nutrición Infantil:** la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social no son necesarios cuando se presenta la solicitud en nombre de un niño de acogida o cuando se indica un número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) (Basic Food (Alimentos básicos)), del Temporary Assistance for Needy Families Program (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o del Food Distribution Program (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo, o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no posee un número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarles a investigar las violaciones a las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura (Department of Agriculture de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran de medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el Reclamante debe llenar un formulario AD-3027, Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa) del USDA, que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, también puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (866) 652-9992, o enviando una carta dirigida al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a los siguientes domicilios:

1. **correo:**

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](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Lynden School District Non Discrimination statement

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Declaración de no discriminación del distrito escolar

**SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (SÓLO PARA USO ESCOLAR - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA)**

**ANNUAL INCOME CONVERSION:** Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

**LEA APPROVAL:**  Basic Food/TANF/FDPIR/Foster

Total Household Size \_\_\_\_\_

Weekly \_\_\_\_\_

Bi-Weekly \_\_\_\_\_

2x per Month \_\_\_\_\_

Monthly \_\_\_\_\_

Annual \_\_\_\_\_

Income Household

**APPLICATION APPROVED FOR:**  Free Eligible

Reduced-Price Eligible

**APPLICATION DENIED BECAUSE:**

- Income Over Allowed Amount  
 Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent \_\_\_\_\_

Signature of Approving Official \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_