

2016-2017 LETTER TO HOUSEHOLDS

Queridos padres/guardián:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. Las escuelas públicas de Shenandoah County ofrecen comidas saludables cada día escolar. El desayuno del estudiante cuesta \$1.25 y el almuerzo cuesta \$2.25. Sus hijos pueden calificar para las comidas gratis o a precio reducido. El desayuno a precio reducido cuesta el \$.30 y el almuerzo a precio reducido cuesta \$.40. Todas las comidas servidas tienen que cumplir con los estándares establecidos por el Departamento de Agricultura de los E.E.U.U. (USDA según las siglas en inglés) Sin embargo, si un médico ha determinado que un estudiante está discapacitado y su discapacidad previene que el estudiante coma la comida de escuela regular, la escuela hará las sustituciones prescritas por el médico. Si se prescribe una sustitución, no habrá costo adicional por la comida. Si su hijo (s) necesita sustituciones debido a una discapacidad, por favor comuníquese con Beverly S. Polk al (540) 459-6721 para más información.

Los niños que son miembros de los hogares que reciben beneficios de SNAP (previamente el programa de cupones de alimentos) o ayuda temporaria para las familias necesitadas (TANF según las siglas en inglés) son elegibles para las comidas gratis sin importar los ingresos. Los hijos de crianza que son la responsabilidad legal de una agencia del bienestar o corte son elegibles para las comidas gratis sin importar los ingresos del hogar con el cual viven. Los niños que son miembros de los hogares que participan en WIC pueden también ser elegibles para las comidas gratis o a precio reducido basados en los ingresos del hogar. Si sus ingresos domésticos totales están en o debajo de las pautas federales de la elegibilidad de ingresos, demostrados en el cuadro abajo, su hijo (s) puede conseguir comidas gratis o a precio reducido. La solicitud de su hijo (s) a partir del año escolar pasado se puede utilizar solamente para los primeros días de este año escolar. **USTED DEBE ENVIAR UNA NUEVA SOLICITUD CADA AÑO ESCOLAR.**

CÓMO HACER LA SOLICITUD

Los hogares que están recibiendo SNAP o TANF para sus hijos en el día 1 de julio puede ser que no necesiten llenar una solicitud. Los funcionarios de la escuela le notificarán por escrito sobre la elegibilidad de su hijo (s) para los beneficios de la comida gratis. Una vez que está notificado su hijo (s) recibirá comidas gratis a menos que usted le diga a la escuela que usted no quiere beneficios. **Si usted no recibe una notificación antes del 09/06/2016, usted debe someter una solicitud.** La solicitud debe contener los nombres de todos los estudiantes en el hogar, número de caso de SNAP o de TANF, y la firma de un miembro adulto del hogar.

Si usted no recibe beneficios de estampillas de alimentos (SNAP) o TANF para su hijo o hijos, llene esta solicitud y llévela a la división escolar. Si no escribe un número de caso de SNAP o TANF para su hijo (s) para cual está haciendo la solicitud, la solicitud tendrá que tener los nombres de todos los estudiantes, los nombres de todos los miembros del hogar, la cantidad de ingreso que cada persona recibió el mes pasado y cuantas veces se recibió el ingreso. La **solicitud debe ser firmada** por un adulto del hogar y esta persona debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social. Si la persona no tiene un número del Seguro Social, marque el bloque indicándolo. Usted o su hijo (s) no tienen que ser ciudadanos de los E.E.U.U. para calificar para las comidas gratis o a precio reducido.

Si está haciendo la solicitud para un hijo de crianza que es la responsabilidad legal de una

agencia o de una corte del bienestar, no se requiere una solicitud. Comuníquese con Deborah J. Litten al (540) 459-6750 para más información. Si usted está solicitando para un niño sin hogar, emigrante, o abandonó su hogar, puede ser que no necesite una solicitud. Comuníquese con Deborah J. Litten al (540) 459-6750 para más información.

CUADRO DE INGRESO			
Para Comidas Gratis o a Precio Reducido			
Efectivo a partir del 1ro de julio de 2016 y hasta el 30 de junio de 2017			
Personas en el hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	21,978	1,832	423
2	29,637	2,470	570
3	37,296	3,108	718
4	44,955	3,747	865
5	52,614	4,385	1,012
6	60,273	5,023	1,160
7	67,931	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Para cada familiar adicional añadida:	\$7,696	\$642	\$148

Una solicitud que no está completa no puede ser aprobada. Una solicitud sin firma no está completa. Usted debe enviar una nueva solicitud cada año escolar.

PAUTAS FEDERALES DE INGRESOS: Su hijo (s) puede ser elegible para las comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos domésticos están dentro de los límites en el cuadro federal de las pautas de la elegibilidad de ingresos demostrado arriba.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo (s) podrá calificar para recibir otros beneficios, como el programa de seguro médico infantil de Virginia conocido como Acceso Familiar a Seguridad de Seguro Médico (FAMIS) y/o Medicaid. La ley permite que la división escolar comparta la información de que usted cumple con los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido con Medicaid y FAMIS. Estos programas pueden usar esta información sólo para identificar niños que podrían recibir seguro médico gratis o a bajo costo y para inscribirlos ya sea en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no están autorizadas a usar la información de su solicitud de comidas gratis o a precios reducido para ningún otro propósito. Los funcionarios del Medicaid o FAMIS podrían comunicarse con usted para obtener más información. Usted no está obligado a autorizarnos a compartir esta información con el programa de Medicaid o FAMIS. La decisión que usted tome no afectará la aceptación de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si usted no quiere que compartamos su información, por favor indicarlo en la Parte 6 y 6b de la solicitud.

Usted puede calificar para otros programas de ayuda. Para descubrir cómo solicitar SNAP y otros programas de ayuda, comuníquese con la oficina local del servicio social en su área.

CONFIDENCIALIDAD Y AVISO DE DIVULGACIÓN: Los funcionarios escolares usan la información de la solicitud para determinar si su hijo cumple con los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido y para verificar elegibilidad. Según autorización de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar, la escuela podría darles a los funcionarios de otros programas infantiles de nutrición, salud y educación la información de su solicitud para determinar los beneficios para esos programas o para el financiamiento y/o evaluación.

VERIFICACIÓN: Los funcionarios de la escuela podrían comprobar su elegibilidad en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios escolares podrían pedirle que envíe información que pruebe que su hijo (s) debe recibir comidas gratis o a precio reducido.

AUDIENCIA JUSTA: Si usted no está de acuerdo con la decisión que se ha tomado con su solicitud o los resultados de la verificación, puede comunicarse con oficiales de la oficina de nutrición de la escuela al número más abajo. Usted también tiene el derecho revisar la decisión final sobre su solicitud y tiene derecho a una audiencia justa. Puede solicitar una audiencia llamando o escribiéndole al siguiente funcionario:

Nombre de Oficial: Dr. Mark A. Johnston Teléfono: (540) 459-6222

Dirección: 600 N. Main Street, Suite 200, Woodstock, VA 22664

RESOLICITUD: Usted podría solicitar de nuevo comidas gratis o a precio reducido en cualquier momento durante el año escolar. Si no cumple con los requisitos ahora pero se produce un cambio, como por ejemplo una disminución en el ingreso del hogar o un aumento en las personas del hogar, pierde el empleo o recibe SNAP o TANF para su hijo (s), llene una solicitud nueva en ese momento.

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON LA ESCUELA A LA QUE SU HIJO (S) ATIENDE O LA OFICINA CENTRAL DE NUTRICIÓN ESCOLAR. DEVUELVA LA SOLICITUD FIRMADA Y COMPLETA A: (Name, address, phone number).

A usted se le notificará cuando la solicitud de su hijo (s) sea aprobada o denegada. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame:

Nombre: Beverly S. Polk Teléfono: (540) 459-6721

Atentamente,

Signature *Beverly S. Polk* Telephone#: (540) 459-6721

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 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 realizados o financiados 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

**2016-2017 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO
COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

--

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

Sólo Para Uso de Oficina

Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)

#	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA **
1							<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>

** Si esta solicitud es para un Hijo de Crianza y es la responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque el bloque y salte a la Parte 5. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, complete Parte 2 o salte a la Parte 4 si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.

Parte 2. SNAP or TANF: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

Nombre: _____ Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT): (Número de caso es de 7-12 dígitos)

Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.
Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.

Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba) No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2		Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba cada cuánto tiempo se recibe esa cantidad, por ejemplo: (\$ = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos	Otros Ingresos Beneficios por discapacidad, efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios/fideicomiso/inve rSIONES, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidades/ ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso Cantidad/ Frecuencia
			Trabajo 1 Cantidad/ Frecuencia	Trabajo 2 Cantidad/ Frecuencia			
EXAMPLE: Jane Doe		32	\$ 18,000 / 2M	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
			\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos)		<input type="text"/> <input type="text"/>					

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta

Marque una identidad étnica: hispano o latino No hispano o latino
 Marque una o más de las identidades raciales: (sin importar la identidad étnica)
 Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska De raza negra o Afro-Americano Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico

Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico: Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en inglés). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.
 NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

Parte 7. FIRMA Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL: Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se han divulgado. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XXX-XX-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social	SIGN HERE
--	--	------------------

Los 4 números últimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud	Firma del adulto que reside en el hogar	Fecha
---	--	--------------

Dirección postal:	Teléfono del hogar:
Código postal:	Teléfono del trabajo:

DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY

Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12

TOTAL INCOME/HOW OFTEN: \$ _____ / _____ HOUSEHOLD SIZE _____		<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Foster Child
<input type="checkbox"/> Approved Free	<input type="checkbox"/> Approved Reduced	<input type="checkbox"/> Other: _____		
<input type="checkbox"/> Denied Reason:	<input type="checkbox"/> Income Too High	<input type="checkbox"/> Incomplete Application		
Date Approval/Denial Notice Sent To Household:		Signature of Approving Official:		
Transferred/Withdrawn Date:		Transferred To:		
VERIFICATION SUMMARY: Date Selected:		Date of Confirmation Review:		Reviewer's Initials:
Date Response Due:		Date of 2nd Notice:		Confirmation Result:
Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid				
Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> SNAP/TANF Eligibility				
Date:		Verifying Official's Signature:		

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entréguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda.

NECESITA COMPLETAR Y SOMETER UNA SOLICITUD NUEVA CADA AÑO ESCOLAR PARA SER ELEGIBLE PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO.

UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED EN SU HOGAR.

SI UN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

Parte 2: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.

Parte 3: Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

Parte 4: Conteste estas preguntas.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

Parte 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR ES Emigrante, Abandonó su Hogar O NO TIENE HOGAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.

Parte 4: Conteste estas preguntas.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

Parte 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

SI ESTA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DE CRIANZA Y ES LA RESPONSABILIDAD DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O UNA CORTE, MARQUE EL BLOQUE Y SALTE A LA PARTE 5. SI HAY OTROS ESTUDIANTES EN EL HOGAR QUE NO SON HIJOS DE CRIANZA, COMPLETE PARTE 2 O SALTE A LA PARTE 4 SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

Partes 2, 3 y 4: Salte estas partes.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social. Los últimos cuatro números de su Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 4.

Si más de un niño en su hogar son hijos de crianza y otros niños en su hogar no son hijos de crianza:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela y marque el bloque para cada niño indicando que es un hijo de crianza.

Parte 2: Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

Parte 3: Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar ingresos totales del hogar de este mes o el mes pasado.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños en la escuela. Incluya la escuela, grado, y número de identificación (ID) para cada niño en la escuela.

Parte 2: Si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, salte esta parte.

Parte 3: Si uno de los niños para quien usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores. Si no, salte esta parte.

Parte 4: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- Columnas 1-3: Nombre:** Favor de alistar todos los miembros del hogar, incluyendo los estudiantes alistados en la parte 1. Indique la edad de cada persona. Para cualquier persona sin ingresos, incluyendo niños, marque "0" en el cuadro.
- Columnas 4-8: Ingresos Brutos y Frecuencia con que se Reciben:** Para cada miembro del hogar, alistar cada tipo de dinero recibido para el mes. Usted debe decirnos cuantas veces se recibe el dinero semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensuales. Para las ganancias, esté seguro de alistar el ingreso bruto, no el pago que se trae a la casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y de otras deducciones. Usted debe poder encontrar esa información en su trozo del pago o su jefe puede decirle. También alistar la cantidad que usted recibe para la remuneración del trabajador, el desempleo o los beneficios de huelga, si usted los recibe. Para otro ingreso, alistar la cantidad que cada persona consiguió para el mes de bienestar, el sustento de menores, los alimentos, las pensiones, el retiro, el Seguro Social, Ingresos suplementales del Seguro Social (SSI según las siglas en inglés), y beneficios del veterano (VA según las siglas en inglés). Bajo el resto de los ingresos, alistar los pagos por discapacidad, ingresos de jubilación, efectivos sacados de ahorros, contribuciones regulares de la gente que no vive en su hogar, ingresos netos de renta, cualquier otro ingreso. No incluya los pagos o ingresos, de WIC, de beneficios federales de la educación o pagos para niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Para SOLAMENTE el trabajador independiente, bajo ganancias del trabajo, divulgue los ingresos después de los costos para su negocio o finca. Si está en el ejército y su vivienda es parte de la iniciativa de vivienda privatizado, no incluya la asignación de la vivienda como renta. También se excluye cualquier pago de combate del despliegue militar.

Parte 5: Esta información es opcional. Usted no tiene que proveer esta información para ser elegible para comidas escolares gratis o a precio reducido.

Partes 6 y 6b: Conteste estas preguntas sobre su permiso. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Parte 7: Un adulto en la familia debe firmar la solicitud y indicar los últimos cuatro números de su Seguro Social (o si no tienen uno, marcar el bloque indicando que no tienen número de Seguro Social).

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

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 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 realizados o financiados 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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.