

2019-2020 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a: (Nombre de Escuela)
(Nombre de Calle)
(Ciudad, Estado, Código postal)

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<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. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- _____

No tengo un SS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el "no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado. Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayudaa garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a _____. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 **HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4**

- (6) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (7) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 **TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.**

- (8) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (9) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos no deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (10) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (11) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (12) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

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 ingles), 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 seas 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](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (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.

Anexo IX

Escuelas con Programa Especial de Leche

(solamente para usarse cuando se ofrezca el programa especial de leche gratuita)

Estimado padre de familia/tutor:

(Nombre de la escuela) cree que una de las formas más importantes en las que podemos ayudar a nuestros niños a que se desempeñen mejor en las aulas es brindándoles la nutrición necesaria para el crecimiento sano de sus mentes y sus cuerpos. Por lo tanto, ofrecemos leche en nuestra escuela todos los días.

Invitamos a todos los estudiantes a que muestren su apoyo para el programa escolar de servicios alimentarios a través de su participación frecuente.

Cómo aplicar: Para recibir leche gratuita para sus niños, llene cuidadosamente la solicitud, y una vez que la haya llenado, devuélvala a la escuela. Use una solicitud para todos los estudiantes que haya en su familia. Si actualmente recibe apoyo del SNAP o del TANF para sus niños o participan en el FDPIR, la solicitud debe incluir los nombres de todos los niños que vivan en su familia, su número de SNAP, TANF o FDPIR y la firma de un miembro de la familia que sea mayor de edad. Si no incluye un número de SNAP/TANF/FDPIR, la solicitud debe incluir los nombres de todos los miembros de la familia, el monto de los ingresos de cada miembro de la familia, la frecuencia con la que reciben dicho ingreso y el origen. La solicitud también debe incluir la firma de un un miembro de la familia que sea mayor de edad y los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social de ese adulto o marcar la casilla si el adulto no cuenta con un número de seguridad social. Una solicitud que no esté completa no puede ser aprobada. Póngase en contacto con su departamento local de servicios sociales para obtener su número de SNAP o TANF o llene la sección de ingresos de la solicitud. No es necesaria una solicitud si su familia fue notificada por SFA que sus niños han sido directamente certificados. Si no está seguro si sus niños han sido directamente certificados, póngase en contacto con la escuela.

Gráfica de ingresos: La siguiente gráfica enlista los niveles de ingresos de acuerdo al tamaño de la familia y los niveles de ingresos percibidos anualmente, mensualmente o semanalmente. Si su total de ingresos por familia es igual o menor que los montos de la gráfica de ingresos de abajo, sus niños pueden ser elegibles para recibir leche gratuita.

GRÁFICA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS GRATUITOS 2019-2020

Número total de miembros de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
*Por cada persona adicional, añadir	\$8,177	\$682	\$341	\$315	\$158

Informe de cambios: Los beneficios para los cuales haya sido aprobado al momento de la solicitud son efectivos durante todo el año escolar. Ya no necesita informar cambios, como un aumento en sus ingresos o reducción en el tamaño de la familia, o si ya no recibe apoyo del SNAP.

Exclusiones de ingresos: El valor de la atención proporcionada o planificada a un menor, o cualquier monto recibido como pago para dichos cuidados del niño o reembolso por gastos incurridos para dichos cuidados bajo el Fondo para el Desarrollo y Cuidado Infantil (subsidios en bloque) no deberían ser considerados como ingresos para este programa.

Niño adoptado: Su niño adoptado puede ser elegible para recibir leche gratuita. Proporcione documentación de una agencia estatal o local apropiada que indique el estado del niño como adoptado. Si tiene preguntas, póngase en contacto con la escuela para recibir ayuda con la solicitud.

En la operación de programas de alimentación para niños, ningún niño será discriminado debido a su raza, sexo, color, nacionalidad, edad o discapacidad.

Audiencia imparcial: Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela sobre su solicitud o el resultado de la verificación, es posible que desee discutir este asunto con la escuela. También puede tener el derecho a una audiencia imparcial. Esto se puede hacer llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

(Nombre, dirección y número telefónico del funcionario de audiencias)

Confidencialidad: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos ha aprobado la divulgación de los nombres de los estudiantes y su estado de elegibilidad, sin consentimiento de los padres de familia o tutores, a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas federales de educación como Título I o la Evaluación Nacional del Progreso Educativo (NAEP), que son programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos empleados para determinar áreas como la asignación de fondos a las escuelas, para evaluar estados socioeconómicos del área de asistencia de la escuela y para evaluar el progreso educativo. También se puede divulgar información a programas estatales o locales de salud o educación administrados por la agencia estatal o la agencia local de educación, siempre que la agencia de educación estatal o local administre el programa, y programas de nutrición federales, estatales o locales similares al Programa Nacional de Almuerzos Escolares. Además, *toda* la información contenida en la solicitud de servicios gratuitos y a precio reducido puede ser divulgada a personas directamente conectadas con la administración o la ejecución de programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA) o la Ley de Nutrición Infantil (CNA); incluyendo los Programas Nacionales de Almuerzos Escolares y de Desayunos Escolares, el Programa Especial de Leche, el Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos, el Programa de Servicio de Alimentos de Verano y el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC); el Auditor General de los Estados Unidos para fines de audiencia, y los funcionarios federales, estatales o locales del orden público que investigan supuestas violaciones de los programas bajo la NSLA o la CNA.

La divulgación de información de elegibilidad no específicamente autorizada por la NSLA requerirá una carta de consentimiento por escrito del padre de familia o tutor.

Reaplicación: Usted puede aplicar para obtener beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Además, si no resulta elegible ahora, pero durante el año escolar pierde su empleo, tiene una disminución en los ingresos familiares o un aumento en el tamaño de la familia, puede solicitar y completar la solicitud en ese momento.

Se le avisará cuando la solicitud haya sido aceptada o rechazada. La información presentada en la solicitud puede estar sujeta a verificación. Por favor, póngase en contacto con [nombre, dirección, número telefónico] si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Declaración de no discriminación:

De acuerdo con las regulaciones y las políticas de la ley federal de los derechos civiles y de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o que sea financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde aplicaron para obtener beneficios. Las personas con sordera, dificultades para escuchar o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede poner a disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que podrá encontrar en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y

proporcione en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Secretario Asistente de los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución proporciona oportunidades por igual.

SAUGERTIES CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Business Office, Call Box A, Saugerties NY 12477 Phone: (845) 247-6520 Fax: (845) 246-7126

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ELIGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO

Los funcionarios escolares pueden divulgar información que muestre que mi niño (o niños) son elegibles para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido o leche gratuita a los siguientes programas. Entiendo que la información será proporcionada solamente al(los) programa(s) marcado(s).

(marque la casilla junto a la(s) área(s) del programa a los cuales desca divulgar información)

- Programas federales de salud como Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP).
- Programas estatales o federales como Youth Summer Work o Educational Talent Search Program.
- Programas locales de salud y educación y otros programas locales que ofrezcan beneficios, como libros de texto o útiles escolares gratuitos, instrumentos de banda gratuitos o cuotas reducidas para recibir educación escolar de verano o de conducción.
- Programas comunitarios como canastas navideñas, artes de verano y de recreación.

Entiendo que divulgaré información que mostrará que mi niño (o niños) son elegibles para recibir alimentos gratuitos y a precio reducido o leche gratuita. Doy mi consentimiento para divulgar mi información confidencial para los usos arriba mencionados.

Niño/niños:

Certifico que soy el padre de familia/tutor del niño para quien se realizó la aplicación.

Firma del padre de familia/tutor: _____

Nombre con letra impresa: _____

Dirección: _____

Número telefónico: _____

Fecha: _____

Declaración de no discriminación:

De acuerdo con las regulaciones y las políticas de la ley federal de los derechos civiles y de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o que sea financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, lenguaje americano de señas, etc.), deberían ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde aplicaron para obtener beneficios. Las personas con sordera, dificultades para escuchar o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede poner a disposición en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que podrá encontrar en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Secretario Asistente de los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución proporciona oportunidades por igual.