
FORMULARIOS DE SOLICITUD Y VERIFICACIÓN PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

AÑO ESCOLAR ____-____

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Este paquete contiene formularios prototipo:

Información **requerida** que se *tiene* que proporcionar a las unidades familiares:

- Carta a las unidades familiares
- Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos
- Aviso de aprobación/denegación de los beneficios¹ a las unidades familiares (hay que dar aviso a la unidad familiar si se deniega su solicitud)

Información **requerida** cuando unidades familiares son seleccionadas para verificación de información de elegibilidad:

- Aviso de selección para verificar la elegibilidad
- Carta de resultados de la verificación

Materiales **opcionales** relacionados con la solicitud que se *pueden* proporcionar a las unidades familiares:

- La información que se compartirá con Medicaid/SCHIP
- La información que se compartirá con otros programas
- Aviso de aprobación/denegación de los beneficios¹ a las unidades familiares (la notificación es opcional si se aprueba la solicitud)
- Aviso de certificación directa

Las páginas han sido diseñadas para ser impresas en papel tamaño carta de 8 ½ por 11 pulgadas. Algunas páginas se pueden imprimir en el anverso y el reverso. Tendrá que identificar los beneficios que se ofrecen en su escuela, como meriendas después de la escuela. Los corchetes **[bold, bracketed fields]** indican dónde hay que insertar la información específica sobre el distrito escolar. Por ejemplo, en los materiales de verificación, tiene que incluir el número telefónico gratuito del distrito para fines de obtener ayuda con la verificación. Si los materiales no han sido modificados para incluir el nombre que su estado asigna a los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), conocido anteriormente como Food Stamp Program, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP) o para añadir el Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), de haberlo, deberá insertar esa información según corresponda. Este paquete de solicitud prototipo incluye información sobre la exclusión de la subvención de vivienda para los participantes en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative. Si no es pertinente para su distrito escolar, sírvase modificar según corresponda.

Es posible que su agencia estatal le requiera presentar su paquete de solicitud para ser aprobada. Si tiene preguntas, comuníquese con:

[State agency address]

¹A todas las unidades familiares se les tiene que informar si son elegibles o no. Las unidades familiares con hijos a las que se les denieguen los beneficios tienen que ser notificados por escrito de dicha denegación. El aviso tiene que informar a la unidad familiar sobre lo siguiente: el motivo por el cual se denegaron los beneficios; los derechos de apelación; las instrucciones de apelación; y que la familia puede volver a solicitar los beneficios para recibir comidas gratuitas y a precios reducidos en cualquier momento durante el año escolar. Las unidades familiares con hijos aprobadas para recibir los beneficios de comidas gratuitas o a precios reducidos pueden recibir la notificación por escrito u oralmente.

NORTHERN LEHIGH SCHOOL DISTRICT

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para poder aprender, los niños necesitan alimentarse bien. **Northern Lehigh School District** ofrece comidas sanas todos los días escolares. El desayuno cuesta **\$.75 for Elementary, \$1.25 for Secondary** y el almuerzo cuesta **\$2.15 for Elementary, \$2.40 for Secondary**. Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. El precio reducido es **\$.30** por el desayuno y **\$.40** por el almuerzo.

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? No. Cuando llene la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, *use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su unidad familiar*. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud llena a: **Sue Bahnick, 1201 Shadow Oaks Lane, Slatington, PA 18080**.
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas **PA SNAP, [the Food Distribution Program on Indian Reservations]** o **PA TANF** pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su unidad familiar están dentro de los límites –en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos.
3. ¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar es elegible para recibir las comidas gratuitas, independientemente de los ingresos.
4. ¿PUEDEN LOS NIÑOS DESAMPARADOS, EN FUGA Y MIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o migrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a **Northern Lehigh School District at 610-767-9811**,
5. para ver si califican.
6. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites establecidos en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud.
7. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS HAN SIDO APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Lea detenidamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **610-767-9811** si tiene alguna pregunta.
8. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Tiene que enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo califica para el nuevo año escolar.
9. RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Llene la solicitud.
10. ¿SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ? Si. También posiblemente le pidamos que envíe prueba por escrito.

11. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que tienen un padre, madre o tutor que queda desempleado tal vez pasen a ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de la unidad familiar caen por debajo del límite de ingresos.
12. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **Sue Bahnick, 610-767-9811 or sbahnick@nlsd.org**.
13. ¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE UN MIEMBRO DE MI UNIDAD FAMILIAR NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
14. ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que son independientes desde el punto de vista económico (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una porción de los gastos) no las incluya.
15. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON UNIFORMES? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
16. ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES, ¿INCLUIMOS NUESTRA SUBVENCIÓN DE VIVIENDA COMO INGRESOS? Si recibe una subvención para vivir fuera de la base militar, la tiene que incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative, no incluya la subvención de vivienda como ingreso.
17. MI CÓNYUGE ESTÁ EN UN DESPLIEGUE EN LA ZONA DE COMBATE. ¿CUENTA SU PAGA DE COMBATE COMO INGRESO? No. Si recibe la paga de combate por encima de la paga básica debido al despliegue militar y no la recibía antes, entonces no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la escuela para recibir más información.
18. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para ver cómo solicitar beneficios del programa **PA SNAP** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al **1-800-692-7462**.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **610-767-9811**.

*Si necesita ayuda, llame al teléfono: **610-767-9811**.*

*Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero : **610-767-9811**.*

Atentamente,

Sue Bahnick

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

UN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR ES CUALQUIER MENOR O ADULTO QUE VIVA CON USTED.

SI SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **PA SNAPO PA TANF [OR THE FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR)]**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño.

Parte 2: Liste el número de caso de cualquier miembro de la unidad familiar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de los programas **PA SNAP, PA TANF** o **[FDPIR]**.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

SI NINGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **PA SNAP O PA TANF**, Y CUALQUIERA DE LOS NIÑOS DE SU UNIDAD FAMILIAR ESTÁ DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **Northern Lehigh School District**.

Parte 4: Complete únicamente si uno de los niños de su unidad familiar no califica conforme a la **Parte 3**. Vea las instrucciones para Todas las Demás Unidades Familiares.

Parte 5: Firme el formulario. Si no tuvo que completar la Parte 4, no es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

SI SOLICITA EN NOMBRE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si **todos** los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:

Parte 1: Liste a todos los hijos de crianza y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si **algunos** de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:

Parte 1: Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos". **Si el niño es un hijo de crianza, marque la casilla correspondiente.**

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **[your school, homeless liaison, migrant coordinator]**. De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

- **Casilla 1–Nombre:** Liste a todos los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos.
- **Casilla 2–Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para ganancias, asegúrese de anotar el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe. Para otros ingresos, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. Bajo *Todos los Demás Ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las

Free and Reduced Price School Meals Application
Instructions for Applying

Page 2 of 2

July 2011 - Spanish

contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

LAS DEMÁS UNIDADES FAMILIARES, ENTRE ELLAS LAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Liste a todos los miembros de la unidad familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice “No tiene ingresos”.

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **Northern Lehigh School District at 610-767-9811**. De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

- **Casilla 1–Nombre:** Liste a todos los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos.
- **Casilla 2–Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para declarar ingresos, asegúrese de anotar el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe. Para otros ingresos, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. Bajo *Todos los Demás Ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR			
Nombres de <u>todos</u> los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) * Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingresos
		<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"/>

Parte 2: BENEFICIOS

SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **PA SNAP, [FDPIR] O PA TANF Cash Assistance**, ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y **PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.**

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

PARTE 3. SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTÁ DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A **Northern Lehigh School District at phone 610-767-9811.**
 DESAMPARADO MIGRANTE EN FUGA

PARTE 4. INGRESOS TOTALES BRUTOS DE LA UNIDAD FAMILIAR. Tiene que decirnos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.

1. NOMBRE (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	<u>\$199.99/semanal</u>	<u>\$149.99/cada dos semanas</u>	<u>\$99.99/mensual</u>	<u>\$50.00/mensual</u>
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____
	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____	\$ ___/_____

PARTE 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.

Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: * * * - * * - _ _ _ _ No tengo número de Seguro Social

PARTE 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija un grupo étnico:

Hispano/Latino

No hispanic/Latino

Elija una o más (independientemente del grupo étnico):

Asiático

Amerindio o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___

Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS para el año escolar _____			
Tamaño de la unidad familiar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Each additional person:	+\$7,067	+\$589	+\$136

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.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.* Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)

¡No! NO deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Sue Bahnick** al **610-767-9811** o enviar un mensaje electrónico a **sbahnick@nlsd.org**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

-
- ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **[name of program specific to your school]**.

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **[name]** al **[phone]** o enviar un mensaje electrónico a **[e-mail address]**.

Envíe este formulario a: **[address]** a más tardar el **[date]**.