

## Carta Familiar de Alimentación Gratuita o de Bajo Costo en el Programa Nacional Escolar para Desayunos y Comidas

Estimado Padre o Guardián:

Todas familias que completan y envíen la solicitud podrían ser aprobados para recibir alimentación gratuita o de bajo costo. Si usted o cualquier miembro de su hogar recibe cupones de alimentación, TAFI o FDPIR, su(s) menor(es) puede(n) recibir alimentos gratis. Si su ingreso total familiar es en la misma o menor cantidad que al que aparece en la gráfica de ingresos a su derecha; y si usted presenta la solicitud completa, el(los) estudiante(s) pudiera(n) ser aprobado(s) para recibir alimentación gratuita o de bajo costo. Miembros de el hogar no necesitan ser ciudadanos Americanos para que su(s) estudiante(s) califique(n) para obtener este(os) beneficio(s).

### **Las solicitudes incompletas serán rechazadas.**

**Verificación:** Su información pudiera ser verificada en cualquier momento durante el periodo escolar. El personal oficial escolar pudiera solicitarle, que presente documentación para verificar que su información en la solicitud sea correcta y así su(s) estudiante(s) pueda(n) recibir alimentación gratuita o de bajo costo.

**Audiencia Imparcial:** Ud. puede hablar con el personal autorizado de la escuela, si no está de acuerdo con la decisión en su solicitud o el resultado de su verificación de información en caso de ser negado el beneficio a la alimentación gratuita o de bajo costo. Usted en tal caso, pudiera solicitar una "audiencia imparcial" escribiendo o llamando:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

**Re-aplicación:** Usted puede aplicar para recibir alimentación en cualquier momento durante el periodo escolar. Si Ud. ahora no es elegible y las circunstancias familiares han cambiado, como disminución en el ingreso familiar, un incremento en el número de miembros de la familia, se convierte en desempleado, o si alguien de los miembros de la familia recibe cupones de alimentación, TAFI o FDPIR, deberá completar otra solicitud en ese momento.

### **Instrucciones: (Todas solicitudes incompletas serán rechazadas)**

#### **1. Información Estudiantil**

- a) Escriba el(los) nombre(s) del(los) estudiante(s) del cual(es) este solicitando alimentación gratuita o de bajo costo.
- b) El niño adoptivo que sea solamente responsabilidad legal de la "Agencia de Asistencia Social" (Welfare) o de la corte. Marque en la casilla donde indica "Hijo de Crianza".
- c) Marque la casilla que indique "No Ingreso" si el estudiante NO recibe ingreso.
- d) Escriba el grado y el nombre de la escuela del o (los) estudiante(s).

#### **2. Numero de Cupones de Alimentación TAFI o FDPIR**

- a) Si es aplicable, enliste el número actual de cupones de alimentación, TAFI, o FDPIR por cualquier miembro de su familia, (las tarjetas numeradas de EBT o QUEST no son permitidas). Marque en la casilla para cada uno que aplique según el caso: Cupones de alimentación, TAFI, o FDPIR.

#### **3. Miembros e Ingreso Familiar**

- a) Lea cuidadosamente las instrucciones de la sección #2 de la aplicación. Incluya a toda persona que viva en su hogar que tenga relación o no con usted pero que compartan ingresos y gastos. En la sección #2 no se requiere solicitud o cupones de alimentación, TAFI, o FDPIR, o solicitudes cuando son hijos de crianza. El reporte obligatorio de ingresos incluye:

##### **Ingresos laborales**

-Salario/sueldo/propina  
-Beneficios de huelga  
-Indemnización al trabajador  
-Compensación de desempleo  
-Ingresos netos como propietario de negocio o granja

##### **Pensiones/Seguro Social**

-Pensiones  
-Ingreso para el retiro  
-Pagos a veteranos  
-Seguro Social  
-Ingreso complementario de Seguro Social

##### **Welfare/soporte infantil, pensión Alimenticia**

-Pagos de asistencia pública  
-Pagos de bienestar infantil  
-Pensión alimenticia infantil recibida  
-Soporte infantil recibida

##### **Otros ingresos**

-Beneficios por discapacidad  
-Retiro de efectivo de cuenta de ahorros  
-Ingresos estatales/créditos/inversiones  
-Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar  
-Ingresos netos por derecho de Autor/anualidades/rentas  
-Dividendos de intereses  
-Otros ingresos

#### **4. Información Familiar**

- a) Escriba la información requerida. Mencione el número total de miembros del hogar. Todos los miembros del hogar deberán ser incluidos en esta forma.

#### **5. Identidad Étnica o Racial del o los Estudiante(s) – Opcional**

- a) Marque una identidad étnica. Marque una o varias de las identidades raciales del o estudiante(s) en la aplicación (no obligatorio).

#### **6. Firma y Numero de Seguro Social**

- a) Escriba el nombre del miembro mayor de la familia.
- b) Firma y escriba la fecha.
- c) Escriba los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del miembro mayor de la familia que firma la solicitud (no obligatorio únicamente para aquellos que tengan cupones de alimentación, TAFI o FDPIR, o con solicitudes para hijos de crianza). Si Ud. No tiene número de Seguro Social, marque la casilla correspondiente, "No tengo número de Seguro Social".

El servicio de alimentación le avisará cuando su solicitud es aprobada o negada.

Sinceramente,  
CHILD NUTRITION PROGRAM

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales.)

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

<b>Grafica de Ingreso (antes de impuestos) Efectivo a Partir de Julio 1, 2014 a Junio 30, 2015</b>			
<b>Integrantes en la Familia</b>	<b>Anual</b>	<b>Mensual</b>	<b>Semanal</b>
<b>1</b>	<b>21,590</b>	<b>1,800</b>	<b>416</b>
<b>2</b>	<b>29,101</b>	<b>2,426</b>	<b>560</b>
<b>3</b>	<b>36,612</b>	<b>3,051</b>	<b>705</b>
<b>4</b>	<b>44,123</b>	<b>3,677</b>	<b>849</b>
<b>5</b>	<b>51,634</b>	<b>4,303</b>	<b>993</b>
<b>6</b>	<b>59,145</b>	<b>4,929</b>	<b>1,138</b>
<b>7</b>	<b>66,656</b>	<b>5,555</b>	<b>1,282</b>
<b>8</b>	<b>74,167</b>	<b>6,181</b>	<b>1,427</b>
<b>Por cada miembro extra agregar</b>	<b>+7511</b>	<b>+626</b>	<b>+145</b>

# FY 2014-2015 Solicitud Escolar de Alimentación gratuita o de bajo costo (Una forma por Hogar)

## Aplicaciones incompletas serán rechazadas

Para solicitar alimentación gratuita o a bajo costo, complete la solicitud, firmela y regrésela al servicio de alimentación. Para recibir ayuda llame al número.

**Si ha sido notificado este año escolar que su hijo es aprobado para recibir alimentos gratuitos, no complete la forma.**

### 1. Información del Estudiante

Nombre del Estudiante	Hijo de Crianza*	No Ingresos	Grado	Nombre de la Escuela
	<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"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

\*Hijo de crianza debe ser responsabilidad de la Agencia de Asistencia Social o de la Corte.

### 2. Cupones de alimentos, TAFI, o FDPIR

Nombre de la persona que recibe beneficio (puede ser cualquier miembro en la familia)		
Número de Caso (Número de EBT o Tarjeta Quest No Permitido)		
CASO NUMERO REQUERIDO		
Marque la casilla correspondiente		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón de Alimentos	TAFI	FDPIR

**FECHA RECIBIDO POR DISTRITO OFICIAL:**

### 3. Ingresos y Miembros del Hogar (no se requiere, si proporciona el número de caso TAFI, FDPIR, o cupones de alimentación, o si todos los estudiantes son hijos de crianza)

Enliste los nombres de los miembros de su familia y sus ingresos brutos (solamente enliste los estudiantes de sección #1 si ellos reciben ingresos). Enumere los miembros de la familia que <b>NO</b> reciben ingresos y marque la casilla "No ingreso". Si enumeran estudiantes mencionados anteriormente, Ud. debe marcar la casilla "Estudiante". La casilla "Frecuencia" debe ser respondida si tiene ingresos en una categoría.			Ingresos de Trabajo antes de las Deducciones  (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Agencia de Asistencia Social (Welfare), Soporte Infantil y Pensión Alimenticia Recibida  (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Pensiones, Retiro, Seguro Social  (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)		Otros ingresos  (Si existe ingreso, debe responder cantidad de ingreso y frecuencia)	
Nombre(s)	No Ingreso	Estudiante	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?	¿Cuánto?	¿Frecuencia?
	<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"/>								

### 4. Información del Hogar

Número Telefónico	Dirección Postal	Ciudad/Estado/ Código postal
Teléfono del Trabajo	Dirección de la Calle (Si es diferente que la dirección postal)	Número de Miembros en el Hogar

### 5. Identidad Étnica y racial del Estudiante (Opcional)

Marque una identidad étnica:

Hispano o Latino

Non-Hispano o Non-Latino

Marque uno o más de las identidades raciales:

Asiático

Blanco

De Raza Negra o Afroamericano

Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska

Nativo Hawaiano u otra Isla del Pacífico

### 6. Firma y Numero de Seguro Social (Leer La Declaración de Ley de Privacidad)

Yo certifico (promeso) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela podría obtener fondos federales basados en la información proporcionada. Entiendo que los profesionales de la escuela pueden verificar (checar) la información. Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa, mis hijos podrían perder el beneficio de alimentación gratuita o de baja costo, y (yo) pudiera ser procesado.

Nombre Escrito	Firma	Fecha
Los 4 últimos dígitos de su Seguro Social	XXX-XX-____	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social

**Para Uso Oficial Solamente – No Escriba en las Casillas Sigüientes**

**Ley de Privacidad:** Esta explica el uso de la información proporcionada por usted. La Ley Escolar Nacional de alimentos Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si usted no la proporciona, nosotros no aprobaremos alimentación gratuita o de bajo costo a su(s) hijo(s). Usted debe incluir los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social del miembro mayor de su familia el mismo quien firme la solicitud. No es obligatorio que proporcione los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social cuando Ud. aplique por un niño adoptivo o si menciona la estampilla de alimentos, asistencia temporal a familias en Idaho (TAFI) Programa de alimentos, programa de Distribución a reservaciones Indias (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo en la solicitud o si indica al auditor que el miembro de su familia quien firma no tiene número de Seguro Social. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir alimentación gratuita o de bajo costo, para uso administrativo y para los programas de desayunos/comidas. Nosotros podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, para ayudar a los auditores examinar los resultados de los programas y los funcionarios para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

### Application Determination

<b>Household Determination:</b> <input type="checkbox"/> Foster Student(s): _____ <input type="checkbox"/> Food Stamp/TAFI/FDPIR <input type="checkbox"/> Income: Total Income \$ _____ Frequency _____ # in Household _____		<b>Convert to Annual if Multiple Frequencies:</b> Weekly x52, Every 2 Weeks x26, Twice Monthly x24, Monthly x12  <b>Date Notice Sent:</b> _____
<b>Approved:</b> <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals Withdrawal Date: _____	<b>Denied:</b> <input type="checkbox"/> Income over Allowed <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing <input type="checkbox"/> Other	<b>Date Determined:</b> _____
<b>Signature of Determining Official:</b> _____		<b>Date Determined:</b> _____

### Verification

<b>Signature of Confirming Official:</b> _____	
<b>Date 1<sup>st</sup> Notification Sent:</b> _____	<b>Date 2<sup>nd</sup> Notification Sent:</b> _____
<b>Results:</b> <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Ineligible – Reason: _____	
<b>Signature of Verifying Official:</b> _____	<b>Date:</b> _____