



SOLICITUD Y FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A
PRECIO REDUCIDO

AÑO ESCOLAR 2014-2015

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Este paquete contiene:

La información necesaria que se debe proporcionar a las familias:

- Carta a las familias
- Solicitud para comidas escolares gratis y a precios reducidos
- Notificación de Aprobación / Rechazo *
- Aviso de Certificación de Aprobación Directa

Materiales de Información para verificación de elegibilidad:

- Notificación de Selección para la Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación

Documentos **opcionales** que pueden ser provistos a las familias:

- Compartiendo información con otros programas

Las páginas están diseñadas para ser impresas en tamaño 8 ½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse por ambos lados. Usted tendrá que identificar los beneficios que se ofrecen en su escuela, tal como meriendas después de clases. Las **[líneas gruesas en negro]** indican que es necesario intercalar la información del distrito escolar específico. Por ejemplo, debe incluir el número de teléfono sin costo del distrito para la asistencia para verificación sobre los materiales de verificación. **Si usted hace cambios adicionales, debe presentar su paquete de solicitud al Departamento de Educación de Arkansas, Unidad de Nutrición Infantil (ADE, CNU) para su aprobación antes de su distribución pública.**

Esta solicitud prototipo incluye información sobre la exclusión de los subsidios para viviendas para aquellos que participan en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares. Si esto no es pertinente a su distrito escolar, por favor modifique esto según corresponda.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte a:

**Child Nutrition Unit
Arkansas Department of Education
2020 West Third, Suite 404
Little Rock, AR 72205-4465**

* Todas las familias deben ser notificados de su estatus de elegibilidad. Las familias con niños a los que se niegan los beneficios, deben ser notificadas por escrito del rechazo. La notificación deberá informar a la familia de la razón del rechazo de los beneficios, el derecho de apelar, la instrucción sobre como apelar, y una declaración de que la familia puede volver a solicitar los beneficios de comidas gratis o a precio reducido en cualquier momento durante el año escolar. Las familias con niños que han sido aprobados para beneficios gratis o a precio reducido pueden ser notificadas por escrito o verbalmente.

[Inserte carta con membrete del Distrito Escolar]

Estimado padre o tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. La escuela de su niño ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido.

1. **¿Tengo que llenar una solicitud para cada niño?** No. Usted puede usar un formulario de Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio reducido de Aplicación (Free and Reduced Price School Meals Application) para todos los estudiantes en su hogar. Nosotros no podemos aprobar una solicitud que no está completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a la escuela de su niño.**
2. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Todos los niños en hogares que reciben beneficios a través del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program) [SNAP] (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos o Food Stamp Program), pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También, sus niños pueden recibir comidas gratis si el ingreso familiar bruto está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos para Elegibilidad (Federal Income Eligibility Guidelines).
3. **¿Pueden los niños en adopción temporal recibir comidas gratis?** Sí, los niños en adopción temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de adopción temporal o de un tribunal, son elegibles para recibir comidas gratis, sin importar los ingresos. Cualquier niño en adopción temporal es elegible para comidas gratuitas sin importar los ingresos.
4. **¿Pueden los niños sin hogar, escapados y niños migrantes recibir comidas gratis?** Sí, los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, escapados o migrantes, califican para recibir comidas gratis. Si no se le ha comunicado que sus hijos recibirán comidas gratis, **por favor llame o envíe un correo electrónico a la escuela de su niño, para ver si califican.**
5. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Ingresos para Elegibilidad (Federal Income Eligibility Guidelines), que se muestra en esta solicitud.
6. **¿Aún debo llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis o a precio reducido?** Por favor, lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela de su niño si tiene preguntas.
7. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Tengo que llenar otra?** Sí. La solicitud de su hijo sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le dijo que su hijo es elegible para recibir comidas gratis en el nuevo año escolar.
8. **Yo recibo WIC. ¿Puede mi hijo recibir comidas gratis?** Los niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, llene una solicitud.
9. **¿Será verificada la información que doy?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe comprobación escrita de la misma.
10. **Si no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se pierde su empleo, pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de la familia cae por debajo del límite de la Tabla Federal de Ingresos para Elegibilidad (Federal Income Eligibility Guidelines),
11. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia para revisar la decisión.
12. **¿Puedo solicitar si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE.UU.?** Sí. Usted o su hijo(s) no tienen que ser un ciudadanos de los EE.UU. para calificar para comidas gratis o a precio reducido.

13. **¿A quién debo incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar ya sean familiares o no (tal como abuelos, otros parientes o amigos) **que comparten ingresos y gastos**. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. No incluya otras personas que viven con usted pero que son económicamente independientes (por ejemplo, las personas a las que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una porción prorrateada de los gastos).

14. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre el mismo?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1,000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$ 1,000 al mes. Incluya si usted rutinariamente cobra por horas extras, pero no si usted sólo las cobra sólo a veces. Coloque sus ingresos actuales si usted ha perdido un trabajo o tuvo una reducción de sus horas o salarios.

15. **Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como ingreso?** Debe incluirse como ingreso si recibe un subsidio para vivienda fuera de la base. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa para la Privatización de Viviendas de Militares (Military Housing Privatization Initiative), no incluya el subsidio para vivienda como ingreso.

16. **Mi esposo está de servicio en una zona de combate. ¿Se cuenta la paga por combate como ingreso?** No, si la paga por combate se recibe además del salario básico debido a su despliegue al frente y no se recibió antes de su despliegue, la paga por combate no se cuenta como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.

17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que puedo solicitar?** Para averiguar como solicitar para otros programas de beneficios, contacte su oficina local de beneficios.

18. Las estadísticas de almuerzo gratis o a precio reducido permiten que nuestras escuelas reciban financiación para tecnología por parte del gobierno federal. Ofrece acceso a Internet y servicios de aprendizaje a distancia. Por favor ayúdenos devolviendo este formulario.

Sinceramente,

(FIRMA-signature)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Si su familia recibe beneficios del Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP), anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos, siga estas instrucciones:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado.

Parte 2: Complete el nombre del miembro del hogar que recibe beneficios de SNAP y el número de caso SNAP

Parte 3: Sátese esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario el número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de identidad racial y una casilla de etnicidad.

Si NADIE en su familia recibe beneficios de SNAP, Y si todos los niño (s) en su hogar son hijo (s) en adopción temporal:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado. Marque la casilla para cada niño (s) que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de una corte.

Parte 3: Sátese esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario el número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de identidad racial y una casilla de etnicidad.

TODAS LAS DEMÁS FAMILIAS, incluyendo las familias con ambos, hijos adoptivos temporales y no adoptivos temporales en el mismo hogar y los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado. Marque la casilla para cada niño (s) que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de una corte.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP, sátese esta parte. Si un número de caso SNAP está en la lista, pase a la parte 4 de este formulario.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar el mes pasado.

Columna 1: Nombre: Anote el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar ya sean familiares o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Pero no incluya a otras personas que viven con usted pero que son económicamente independientes (por ejemplo, las personas que no son compatibles, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada de los gastos).

Columna 2: Ingreso bruto del mes pasado y cuantas veces fue recibido. Al lado del nombre de cada persona, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes, y con qué frecuencia se recibe el dinero. Por ejemplo, Ingresos de empleo: Anote el ingreso bruto (no lo que se lleva a casa) que ganó cada persona. Esto no es lo mismo de lo que se lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe se lo puede decir. Junto a la cantidad, escriba la frecuencia en que la persona recibe el ingreso (por ejemplo: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente).

Columna 3: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia,

Columna 4: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de las pensiones, la jubilación, el Seguro Social Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA),

Columna 5: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de CUALQUIER OTRO INGRESO. No incluyen el Departamento de Defensa de la Familia y de subsistencia de consulta de derechos (FSSA) como ingresos. Incluye las prestaciones de invalidez, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga y las contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto de negocio propio, granja o ingresos por alquiler. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

Columna 6-Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la casilla.

Parte 4: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y la lista de los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar el bloque si él o ella no tiene un Número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de la identidad racial y una casilla a la diversidad étnica.

Parte 1. Niños en la escuela en este distrito			
Nombres de todos los niños en escuelas en este distrito (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Marque si es un niño en adopción temporal (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o de la corte). Si todos los niños que se enumeran a continuación son los niños en adopción temporal, pase a la parte 4 de este formulario.
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. Los beneficios de SNAP: Si algún miembro de su hogar recibe Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP), proporcionar el nombre y el número de caso de cualquier miembro del hogar que recibe beneficios y pase a la Parte 4. Si nadie recibe beneficios de SNAP, pase a la parte 3 Nombre: _____ Número de caso: _____

Parte 3. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe					
1. Nombre (Añote a todos en su hogar)	2. Ingreso bruto y frecuencia Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

Parte 4. Firma y los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". (Vea la Ley de Privacidad en la parte posterior de este formulario.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre en mayúsculas: _____

Fecha: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: xxx-xx - ____ - ____ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales:

Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico De raza negra o Afro-Americano

Marque una identidad étnica:

Hispano/Latino
 No Hispano ni Latino

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial 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: _____ SNAP* (food stamps): _____ Categorically Eligible: _____ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____

Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____, _____, _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS			
Para el Año Escolar 2014-2015			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1 persona	\$ 21,590	\$1,800	\$ 416
2	\$ 29,101	\$2,426	\$ 560
3	\$ 36,612	\$3,051	\$ 705
4	\$ 44,123	\$3,677	\$ 849
5	\$ 51,634	\$4,303	\$ 993
6	\$ 59,145	\$4,929	\$ 1,138
7	\$ 66,656	\$5,555	\$ 1,282
8	\$ 74,167	\$6,181	\$ 1,427
Cada persona adicional:	\$ 7,511	\$ 626	\$ 145

*** SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program o Programa de asistencia para nutrición suplementaria (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos)**

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da. La Ley Nacional Richard B. Russell de Almuerzos Escolares, exige la información requerida en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si usted está solicitando para un niño en adopción temporal o usted anota el número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro 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. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad, con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para revisar programas, y al personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.

NOTICE OF APPROVAL/DENIAL

AVISO DE APROBACIÓN / RECHAZO

Fecha _____

Estimado _____:

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____

Su solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo (s) listados más arriba han sido:

_____ Aprobada para recibir comidas gratis

_____ Aprobada para comidas a precio reducido a \$ _____ por almuerzo y \$ _____ y por desayuno.

_____ Rechazada por el siguiente motivo (s):

_____ Ingresos superiores a la cantidad permitida

_____ Solicitud incompleta porque _____

_____ Otro _____

Las comidas cuestan [\$] por almuerzo y [\$] por desayuno.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede discutirla con _____ (Funcionario de Determinación) llamando al _____ (teléfono) o en _____ (correo electrónico).

Si usted desea analizar la decisión con mas detalle, usted tiene el derecho a un juicio justo. Para solicitar una audiencia imparcial, llame o escriba al siguiente funcionario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico _____

Usted puede volver a solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero tiene una disminución en los ingresos del hogar, se queda sin empleo, tiene un aumento en el tamaño de la familia, o califica para el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) anteriormente conocido como Programa de Cupones para Alimentos, usted puede llenar una nueva solicitud en ese momento.

Atentamente,

Nombre y Cargo _____

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.

NOTIFICATION OF APPROVAL FOR FREE MEALS DIRECT CERTIFICATION

AVISO DE CERTIFICACIÓN DIRECTA DE APROBACIÓN PARA COMIDAS GRATUITAS

Fecha _____

Estimado Padre o Tutor:

El estudiante(s) indicado a continuación está/n aprobados automáticamente para recibir comidas gratuitas en las escuelas sobre la base de su elegibilidad para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), anteriormente conocido como Estampillas para Comidas.

Nombre del estudiante	Escuela

Por favor, **no llene** una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para este(os) hijo(s). Su hijo(s) recibirá comidas gratuitas, a menos que usted nos notifique que usted no desea que su hijo(s) reciba(n) estos beneficios.

Si en la misma vivienda hay niños en edad escolar, no mencionados anteriormente, esos niños también son elegibles para recibir beneficios de comidas gratuitas. Una forma de asegurar que estos estudiantes adicionales reciban beneficios de comidas gratuitas, es completando el formulario adjunto y devolviéndolo al distrito escolar.

Si alguna de la información detallada anteriormente es incorrecta, o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con esta oficina al _____.
(Número de teléfono)

Porque el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y a SCHIP que sus niños son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, a menos que usted nos indique lo contrario.** Medicaid y SCHIP solamente usan esta información para identificar a los niños que podrían calificar para sus programas. Los funcionarios del programa podrían ponerse en contacto con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos (El completar la Solicitud para Comidas Gratuitas o de Precio Reducido, no inscribe automáticamente a sus hijos en el seguro médico).

Atentamente,

Si se marca la siguiente casilla por favor firme y devuelva esta parte al distrito escolar.

Atención:

Derecho a rechazar los beneficios de comidas

No quiero que mi hijo (s) _____ reciba comidas gratis. (Niño (s) Nombre (s))

Firma del Padre o Tutor: _____

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.

WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Estamos verificando su solicitud para Comidas Escolares gratis o a precio reducido. Las reglas federales requieren que hagamos esto para asegurarnos que solamente los niños elegibles obtengan comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que compruebe que [nombres de niños] es / son elegible (s).

Usted debe enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o sus hijos dejarán de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Si es posible, envíe copias y no documentos originales. Si usted envía documentos originales solo serán devueltos si usted nos lo pide.

1. Si usted estaba recibiendo Cupones para Alimentos cuando solicitó para comidas gratis o a precio reducido o ha recibido éstos desde entonces, envíenos una copia de lo siguiente:

- Aviso de Certificación SNAP que muestre la fecha de la certificación.
- Carta de SNAP Oficina que muestre la fecha de la certificación para los beneficios de SNAP.
- **No envíe su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).**

2. Si usted recibe esta carta para un niño sin hogar, un niño que ha abandonado su hogar o un migrante, por favor comuníquese con [school, homeless liaison, or migrant coordinator] para pedir ayuda.

3. Si el niño es un hijo adoptivo temporal:

Envíenos documentación oficial de la agencia que está patrocinando al niño.

4. Si usted no recibe Cupones para Alimentos para sus niños:

Envíe esta página adjunto a los documentos que muestran la cantidad de dinero que su hogar recibe de cada fuente de ingreso.

Los documentos que usted envíe deben mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que lo recibió y cuanto y cuan frecuentemente lo recibió. **Envíe la información a:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Documentos aceptables son:

Trabajos: Talón de pago o sobre de pago, que muestra la cantidad y con qué frecuencia se recibe el pago; carta del empleador indicando el salario bruto y con qué frecuencia se paga, o si trabaja por su cuenta, documentos comerciales o agrícolas, tales como libros de contabilidad o declaraciones de impuestos.

Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta de la concesión de jubilación.

Desempleo, Incapacidad, o Compensación Laboral: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de compensación laboral.

Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.

Sustento de Menores o Pensión de Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia y la fecha en que se recibió.

Ningún ingreso: Una nota breve explicando como usted provee comida, vestimenta y techo para su familia y cuando usted espera recibir ingreso.

Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares: Carta o contrato de renta que demuestre que su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares.

Periodo para someter documentos sobre ingresos: Por favor presente documentos que muestren su ingreso en el momento en que solicita los beneficios. Si usted no tiene los documentos puede someterlos en cualquier momento después de haber llenado la solicitud hasta el momento de la verificación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame a [name] al [phone number]. La llamada es gratis [Toll free or reverse charge explanation].

Sinceramente,

[signature]

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da.

La Ley Nacional Richard B. Russell de Almuerzos Escolares, exige la información requerida en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si usted está solicitando para un niño en adopción temporal o usted anota el número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro 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. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad, con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para revisar programas, y al personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos envió para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decidido que:

- El estado de elegibilidad de sus niños no ha cambiado.
- A partir de **[date]**, la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Sus niños recibirán comidas sin costo alguno.
- A partir de **[date]**, la elegibilidad de sus niños para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno.
- A partir de **[fecha]**, su hijo (s) ya no son elegibles para recibir comidas gratis o a precio educido por el siguiente motivo (s):
 - ___ La documentación muestra que nadie en su hogar recibió beneficios de SNAP (anteriormente Cupones de Alimentos).
 - ___ La documentación muestra que el niño (s) no es / son adoptivo temporal, sin hogar, escapado o migrantes.
 - ___ Su ingreso está por sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
 - ___ Usted no proporcionó _____
 - ___ Usted no respondió a nuestra solicitud _____

Las comidas cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno. Si su ingreso familiar disminuye o el tamaño de su familia aumenta, usted puede presentar una nueva solicitud. Si se le niegan los beneficios, porque nadie en el hogar recibió beneficios de SNAP, puede volver solicitar la elegibilidad basada en sus ingresos. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá hacerlo si vuelve a aplicar.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede discutirla con _____ (Funcionario de Determinación) llamando al _____ (número de teléfono) o en _____ (correo electrónico).

Si usted desea discutir la decisión con más detalle, usted tiene el derecho a un juicio justo. Para solicitar una audiencia imparcial, llame o escriba a este funcionario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico _____

Atentamente,

[firma]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.