

## Santiam Canyon School District 129J

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. *Santiam Elementary* ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$0.00 y el almuerzo *Santiam Elementary* \$2.40, *Santiam HS* \$2.80 Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de [\$] para el desayuno y [\$] para el almuerzo.

1. ¿Debo completar una solicitud si este año escolar recibí una carta en la que me dicen que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis? Lea la carta que recibió detenidamente y siga las instrucciones. Si no recibió una carta para cada uno de los niños de su hogar, entonces debe completar una solicitud listando a todos los miembros de su hogar. Llame a Lisa Follis @ 503-897-2321 si tiene preguntas.
2. ¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño? No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. Devuelva la solicitud completa a: Lisa Follis, PO Box 197, Mill City, OR 97360.
3. ¿Quién puede recibir comidas gratis? Niños en hogares que reciben SNAP\* o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.
4. ¿Pueden los niños bajo tutela temporal recibir comidas gratis? Si, los niños bajo tutela temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de tutela temporal o tribunal pueden recibir comidas gratis. Todos los niños bajo tutela temporal del hogar pueden recibir comidas gratis independientemente del ingreso.
5. ¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis? Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con, Amy Jensen @ 503-897-2311 para verificar si sus hijos califican.
6. ¿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 la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.
7. Si mi hijo es elegible para recibir beneficios de comidas gratis o a precio reducido, ¿cuándo comenzarán los beneficios? Los beneficios de comidas para las solicitudes nuevas no pueden comenzar hasta que se apruebe la solicitud. Haga que su hijo lleve almuerzo o déle dinero para comprar uno hasta que reciba notificación de que se ha aprobado la solicitud.
8. Recibo WIC. ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) obtener comidas gratis? Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
9. Mis hijos reciben beneficios del Plan de Salud de Oregon. ¿Pueden obtener comidas gratis? Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
10. ¿Será verificada la información que yo provea? Si, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
11. Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde? Si. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir SNAP\* o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.
12. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud? Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: Todd Miller, PO Box 197, Mill City, OR 97360; 503-897-2321
13. ¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano? Si. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
14. ¿A quienes tengo que incluir como miembros de mi familia? Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Se puede incluir a los niños bajo tutela temporal como miembros de la familia. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten ingresos con usted o sus hijos y que pagan una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.
15. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.
16. Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿incluimos nuestro subsidio para vivienda? Si recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe contarlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte del la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (Military Housing Privatization Initiative) no incluya el subsidio para vivienda como ingreso.
17. Mi cónyuge ha sido enviado a una zona de combate. ¿Se cuenta la paga de combate como ingreso? . La paga de combate está excluida si se recibe en adición a la paga básica de miembro en servicio; se recibe como resultado del envío del miembro a la zona de combate; y no se recibía antes del envío a la zona de combate.
18. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas en los que podamos participar? Para saber cómo solicitar el u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local, Text\* FOOD\* to 877877, 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org)

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: 503-897-2321

**SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2018-2019 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO**  
**[Enter Sponsor name and location for application return]**

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
  - Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.
- \* = *Requerido Todas las aplicaciones*; \*\* = *Requerido para aplicaciones de ingresos*; \*\*\* = *Requerido para aplicaciones SNAP*

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR\* Nombre de la persona que completa esta solicitud (Apellido, Primer nombre)**

Nombre <u>Escriba</u> _____ Dirección postal – Apt # _____ Ciudad Estado Código Postal _____	Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) _____ Teléfono del trabajo _____ ➔ Número de integrantes del hogar _____ (Escriba los nombres de <b>todos</b> los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)
--	--

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES\***

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF\*\*\*, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre *** _____	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF	Número de caso*** _____	Siga abajo en la Parte 5
------------------	--	-------------------------	--------------------------

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO\*\* – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Liste <b>todos</b> los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar* X _____	Firmado en* _____ Mes/día/año	Número de Seguro Social** (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-____-____	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social**
--	----------------------------------	---	---

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

<u>Marque una identidad étnica:</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	<u>Marque una o más identidades raciales:</u> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otra
Prefiero recibir toda la correspondencia en <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____		

**7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado** Firme aquí: \_\_\_\_\_

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos.  Sí  No

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: _____	Number in household: _____	Date Withdrawn: _____
<input type="checkbox"/> Free based on: <input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Foster child categorical <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Reduced based on: <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Denied – Reason: <input type="checkbox"/> income too high <input type="checkbox"/> incomplete application
Determining Official's Signature : _____ Date _____		

## Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

### CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses:** Projete el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

### PAUTAS FEDERALES PARA INGRESO

Sus hijos pueden calificar al menos para comidas a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro de los límites de esta tabla.

Tamaño del hogar	<b>Comidas a precio reducido</b>				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,992	666	333	308	154

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

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

### DECLARACIÓN DE NO 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 inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.