

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Eugene School District 4J ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno para escuela primaria cuesta \$1.20, para escuela media \$1.35 y desayuno para escuela secundaria cuesta \$1.55. El almuerzo para escuela primaria cuesta \$2.15, para escuela media \$2.50, y para escuela secundaria \$2.60. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es gratis para el desayuno y \$0.40 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 **790-7658** 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: Nutrition Services, Eugene School District 4J, 200 N. Monroe, Eugene, OR 97402.**
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 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: Kasey White 687-3875 para verificar si sus hijos 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 la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
10. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. 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..
11. **¿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 687-3123 o escribiendo a: **Susan Fahey, CFO & Director of Support Services, 200 N Monroe Street, Eugene, OR 97402**
12. **¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
13. **¿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 si mismo y a todos los niños que viven con usted.
14. **¿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.

*Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: **790-7658**.*

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

Para SNAP* U hogares con TANF, haga lo siguiente:

Parte 1: Complete la información de las personas que viven en su hogar

Parte 2: Liste el nombre, grado escolar y fecha de nacimiento del niño o niños y un número de caso para SNAP* (A11-11-1111) o TANF (AA111 o AAA111).

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Saltee esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 7: Responda esta pregunta si lo desea.

Si está haciendo una solicitud para un NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA, siga estas instrucciones:

Use una solicitud separada para cada niño bajo tutela temporaria

Parte 1: Complete la información de las personas que viven en su hogar.

Parte 2: Saltee esta parte.

Parte 3: Liste el nombre, el grado escolar, la fecha de nacimiento y el dinero de bolsillo, de haberlo, del niño (no el subsidio estatal)

Parte 4: Saltee esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 7: Responda esta pregunta si lo desea.

TODAS LOS OTROS HOGARES, incluidos aquellos que reciben WIC, sigan estas instrucciones:

Parte 1: Complete la información de las personas que viven en su hogar.

Parte 2: Liste el nombre, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños.

Parte 3: Saltee esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar del mes pasado.

Columna 1 – Nombre: Liste el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, emparentada o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Inclúyase a sí mismo, a los niños que viven con usted pero que no asisten a la escuela y a los niños que están en la escuela que reciben un ingreso regular. No vuelva a listar a los niños que ya figuran en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. Adjunte otra hoja si es necesario.

Columna 2 – Ingreso bruto mensual Al lado del nombre de cada persona, liste cada tipo de ingreso recibido el mes pasado. Por ejemplo, *Ingreso Mensual* Liste el **ingreso bruto** que ganó cada persona en el trabajo. Esto no es lo mismo que la paga que se lleva a la casa. **El ingreso bruto es la cifra ganada antes de impuestos y otras deducciones.** La cifra debe estar listada en su talón de pago o se la puede decir su jefe. Si su ingreso se paga semanalmente, cada 2 semanas o dos veces al mes, siga las instrucciones al dorso de la solicitud.

Columna 3 – Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de asistencia social, manutención infantil y pensión alimenticia.

Columna 4 – Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de pensiones, retiro y Seguro Social.

Columna 5 - Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de compensación laboral, seguro de desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (Beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y CUALQUIER OTRO INGRESO.

Informe el ingreso neto de negocios o granjas propios o ingresos por renta. Al lado de la cifra, escriba la frecuencia con que la persona obtuvo ese ingreso. Si está en la Iniciativa Militar de Privatización de Vivienda no incluya este complemento para vivienda.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6: Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 7: Responda esta pregunta si lo desea.

*Programa de Asistencia Suplementaria (SNAP) anteriormente Programa de Cupones de Alimento

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR PARA TENER ACCESO A INFORMACIÓN
EN LA SOLICITUD PARA RECIBIR COMIDA GRATIS Y A COSTO REDUCIDO**

A los padres/tutor de los estudiantes que puedan recibir comidas gratis y a costo reducido

La ley federal requiere que la escuela limite el acceso a los nombres de los estudiantes que pueden recibir comidas gratis y a costo reducido. Estos nombres solo pueden ser usados por las personas encargadas del programa de nutrición, administradores de programas de subvenciones federales y personas que reportan datos de los estudiantes al gobierno Federal y Estatal.

Para poder usar los nombres de los estudiantes por otra razón, es necesario tener el consentimiento en escrito de los padres/tutor. **Las normas del distrito limita el uso de esta información relacionadas con la educación del estudiante**, por ejemplo, pases para el autobús público, el rebajo de ciertos gastos escolares o para analizar datos de resultados de exámenes. Al firmar esta forma, usted está autorizando acceso a la información de su estudiante que reciben comidas gratis y a costo reducido, a orto personal del distrito. Esto quiere decir que su estudiante podría recibir los siguientes servicios:

- Pases gratis para el bus público (nivel secundario, si usted vive 1 ½ millas de distancia de la escuela de su vecindario)
- Descuento en el precio para participar en deportes
- Becas para eventos especiales y excursiones escolares
- Descuento en el precio para exámenes de SAT para estudiantes de secundaria
- Seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés)

Si usted tiene varios estudiantes en el Distrito Escolar 4J, usted solo tiene que completar una forma con todos los nombres de sus estudiantes.

Yo he leído y entiendo la información referida anteriormente, y como padre/tutor, autorizo el acceso a orto personal del distrito a la información de mi(s) estudiantes(s) que está(n) en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar.

Estudiante _____ Escuela _____
(nombre completo)

Estudiante _____ Escuela _____
(nombre completo)

Estudiante _____ Escuela _____
(nombre completo)

Estudiante _____ Escuela _____
(nombre completo)

(Si es necesario, incluya nombres adicionales atrás de esta forma)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Por favor devuelva esta forma a la oficina *en cualquier escuela de distrito 4J*, o al Departamento de Nutrición en 200 North Monroe Street, Eugene, Oregon 97402. Si tiene preguntas, por favor llame al número 790-7658 y deje su mensaje.

El USDA y el Estado de Oregon son proveedores y empleadores de oportunidades equitativas.

Solicitud # _____

Eugene School District 4J, 200 N. Monroe Street, Eugene, OR 97402 (541) 790-7658
SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2009/2010 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

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.

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

Nombre Escriba

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 **todos** los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

¿Recibe este hogar **FDPIR (Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas)** **Sí (Complete las partes 2 y 5)**

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Liste SNAP* o TANF No. de caso para cada niño si recibe beneficios públicos
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

3 INFORMACIÓN DE NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA (COMPLETE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA)

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Mensualmente del niño Ingreso para uso personal \$
_____	_____	_____	_____	_____

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

Columna 1 Liste todos los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la sección 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Columna 2 Ingreso Mensual (Ganancias Y Sueldos Totales Antes De Deducciones)	Columna 3 Manutención Infantil, Asistencia Social, Pensión Alimenticia Recibidas Por Mes	Columna 4 Mensual Pensiones, Retiro Del Seguro Social Por Mes	Columna 5 Otro Ingreso Mensual – Incluido Seguro De Desempleo Y Compensación Laboral	Columna 6 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 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales; que los funcionarios del estado pueden verificar información; y que puedo ser procesado bajo los estatutos estatales y federales correspondientes si tergiverso la información.

Firma de un miembro adulto del hogar X Firmado en _____ Número de Seguro Social * _____
(Ver declaración de privacidad al dorso) **No tengo número de Seguro Social**
Mes/día/año _____

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica: Hispano o latino No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales: Asiático Indio americano y nativo de Alaska Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano Blanco, no de origen hispano Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en Español Ruso Otro _____

7 No deseo que mi información se comparta con el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado Firme aquí: _____

*Programa de Asistencia Suplementaria (SNAP) anteriormente Programa de Cupones de Alimento

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____ Number in household: _____ Date Withdrawn: _____

Free based on: food stamp/TANF FDPIR household income foster child's Income

Reduced based on: household income foster child's income

Denied – Reason: income too high incomplete application

Temporary: Free Reduced

Until: _____ Until: _____ (maximum 45 days each)

Determining Official's Signature : _____ Date _____

VEA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2 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 la solicitud es para un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 3 y 5; la parte 6 es opcional.

CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Sección 3 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 cobran dos veces al mes: Multiplique por 24 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.

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 PARA INGRESO FEDERAL

Sus hijos pueden calificar para recibir por lo menos comidas a precio reducido si el ingreso del hogar cae dentro de los límites de esta tabla.

Comidas a precio reducido

Número de miembros del hogar	Anual	Mes	Semana
-1-	20,036	1,670	386
-2-	26,955	2,247	519
-3-	33,874	2,823	652
-4-	40,793	3,400	785
-5-	47,712	3,976	918
-6-	54,631	4,553	1,051
-7-	61,550	5,130	1,184
-8-	68,469	5,706	1,317
Para cada familiar adicional añadida	6,919	577	134

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted hace la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporaria o lista el Programa de SNAP, el Programa de Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF) o un número de caso para su hijo u otro identificador FDPIR del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden para ayudarles a detectar violaciones a la reglas del programas. Podemos compartir su información 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 acuerdo con la ley Federal y El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA por sus siglas en inglés) esta institución prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos. Para presentar una reclamación de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para llamadas TTD, llame gratis a USDA al número (800) 877-8339 o al número (866) 377-8642. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.