

Sandy Husk, Superintendent

1º de julio, 2009

Estimado Padre de Familia/Tutor Legal:

*Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. El Distrito Escolar de Salem-Keizer ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$.90 para elementales, y \$1.05 para secundarias; el almuerzo de las escuelas elementales es \$1.75 y el almuerzo para secundaria es \$2.20. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de Gratis para el desayuno y \$.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?** Por favor 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 escribiendo todos los nombres de los miembros de su hogar. Si tiene preguntas llame a la **Oficina de Servicios de Alimentación al 503-399-3091 ext. 224.**
2. **¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. 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: Food Services; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
3. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés), conocido previamente como Programa de Cupones Alimenticios, o TANF y la mayoría de los niños bajo tutela provisional pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También, si su ingreso familiar está dentro de las Pautas de la Gráfica Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratuitamente.
4. **¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños migrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con **su representante del programa para desamparados o con el coordinador del programa migrante al 503-399-3111** 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 las Pautas de la Gráfica Federal de Ingresos para precio reducido 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. Por favor provea almuerzo o dinero a su estudiante para que compre uno hasta que reciba la notificación de que la solicitud ha sido aprobada.
7. **Recibo WIC. ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) recibir comidas gratis?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Por favor complete una solicitud.
8. **Mis hijos reciben beneficios del Plan de Salud de Oregon. ¿Pueden recibir comidas gratuitas?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Por favor complete 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 beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés), conocido previamente como Programa de Cupones Alimenticios, TANF u otros beneficios. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido.
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 escribiendo a: **Lorne Holtmeier; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
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 quiénes 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.
14. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que recibe regularmente. Por ejemplo: Si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó del trabajo el mes pasado y sólo recibió \$900, anote que recibe \$1000 al mes. Si generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si sólo trabaja horas extras a veces.

Si tienen más preguntas, por favor llame a **Marjorie Samek al 503-399-3091 ext. 224.**

Atentamente,  
Richard F. Goward, Jr.  
Jefe Oficial de Finanzas

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

**Para hogares que reciben beneficios de Programas de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP), conocido previamente como Programa de Cupones Alimenticios, O TANF, haga lo siguiente:**

- 1ª Parte:** Complete la información de las personas que viven en su hogar
- 2ª Parte:** Escriba el nombre, escuela, grado, fecha de nacimiento del niño(s) y el número del caso para beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés), conocido previamente como Programa de Cupones Alimenticios, (A11-11-1111) ó TANF (AA111 ó AAA111).
- 3ª Parte:** Sátese esta parte.
- 4ª Parte:** Sátese esta parte.
- 5ª Parte:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.
- 6ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.
- 7ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Si está solicitando para un NIÑO BAJO TUTELA PROVISIONAL, es decir recibiendo dinero del estado para su cuidado, siga estas instrucciones:**

**Use una solicitud separada para cada niño bajo tutela provisional**

- 1ª Parte:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.
- 2ª Parte:** Sátese esta parte.
- 3ª Parte:** Escriba el nombre, escuela, grado, fecha de nacimiento y, si aplica, el dinero que recibe el niño (no el subsidio estatal)
- 4ª Parte:** Sátese esta parte.
- 5ª Parte:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.
- 6ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.
- 7ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo aquellos que reciben WIC, sigan estas instrucciones:**

- 1ª Parte:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.
- 2ª Parte:** Escriba el nombre, escuela, grado, y la fecha de nacimiento del niño(s).
- 3ª Parte:** Sátese esta parte.
- 4ª Parte:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar del mes pasado.
  - 1ª Columna – Nombre:** Escriba el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, parientes 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 escribir los nombres de los niños que ya figuran en la 2ª parte, a menos que reciban ingresos regulares. Adjunte otra hoja si es necesario.
  - 2ª Columna – Ingreso bruto mensual.** Al lado del nombre de cada persona, escriba cada tipo de ingreso recibido el mes pasado. Por ejemplo: *Ingreso Mensual: Escriba 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 escrita en su talonario de pago o se la puede decir su jefe. Si recibe su ingreso semanalmente, cada 2 semanas o dos veces al mes, siga las instrucciones al dorso de la solicitud.
  - 3ª Columna –** Escriba la cifra que recibió cada persona el mes pasado por asistencia social, manutención infantil y pensión alimenticia.
  - 4ª Columna –** Escriba la cifra que recibió cada persona el mes pasado por pensiones, jubilación y seguro social.
  - 5ª Columna –** Escriba la cifra que recibió cada persona el mes pasado por compensación laboral, beneficio de desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, siglas en inglés), 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 propias 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 esta asignación de vivienda.
- 5ª Parte:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y escribir su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.
- 6ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.
- 7ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.

**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 el No. De caso SNAP* o TANF 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	Ingreso mensual para uso personal del niño
_____	_____	_____	_____	_____

**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, incluyendo 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)	Ingreso Mensual (Ganancias Y Sueldos Totales Antes De Deducciones)	Manutención Infantil, Asistencia Social, Pensión Alimenticia Recibidas Por Mes	Pensiones mensuales, Retiro Del Seguro Social Por Mes	Otro Ingreso Mensual – Incluyendo 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 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 \_\_\_\_\_ Mes/día/año

Número de Seguro Social \* \_\_\_\_\_ (Ver declaración de privacidad al dorso)  **No tengo número de Seguro Social**

**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 Alimentos

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA EN ESTA PARTE**

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; las partes 6 y 7 son opcionales.

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

En la Sección 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 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 substraer los gastos para operar el negocio o la granja de los ingresos 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.

Número de miembros del hogar	Comidas a precio reducido		
	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 nutrición 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 las reglas del programa. 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 en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. 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.