

**Corvallis School District 509J**  
**1555 SW 35<sup>th</sup> St., Corvallis, OR 97333**

**2009-2010**

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Corvallis School District** ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta **Primaria \$1.00, Enseñanza Intermedia/Bachillerato \$1.50** y el almuerzo **Primaria \$1.85, Enseñanza Intermedia \$2.50, Bachillerato \$2.75**. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de **\$.30** para el desayuno y **\$.40** para el almuerzo.

1. **¿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 la escuela.**
2. **¿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 la escuela si tiene preguntas.
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 la escuela 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. **¿Debo llenar una solicitud si este año escolar recibí una carta que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis o a precio reducido?** Por favor, lea la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela si tiene preguntas.
7. **Yo recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene 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 o escribiendo a: Superintendent, 1555 SW 35th St., Corvallis, OR 97333 Phone: (541) 757-5841.
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: su escuela.*

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

### 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\* (111-11-1111) o TANF (AA111 o AAA111).

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte

**Parte 5:** Firme la solicitud.

### Si usted está solicitando para un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

**Parte 1:** Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza. Complete la información de las personas que viven en su hogar

**Parte 2:** Salte 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:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

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

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS</b>			
Para el Año Escolar 2009-2010			
Tamaño 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
Cada persona adicional:	6,919	577	134

### 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:** Salte 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.

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

## SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2009/2010 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

### AVISO: DEBE DE SOLICITAR UNA NUEVA FORMA CADA AÑO ESCOLAR

- 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 <b>Escriba</b>	Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo)
Dirección postal – Apt #	Teléfono del trabajo
Ciudad Estado Código Postal	➔ 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	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) Mensualmente del niño

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

### 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
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 sección 2, a menos que reciban ingresos regulares. ( <i>Apellido, Primer nombre</i> )	Ingreso Mensual (Ganancias Y Sueldos Totales Antes De Deducciones)	Manutención Infantil, Asistencia Social, Pensión Alimenticia Recibidas Por Mes	Pensiones, Retiro Del Seguro Social Por Mes	Otro Ingreso Mensual – Incluido Seguro De Desempleo Y Compensación Laboral
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

### 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.

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

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

### USO EXCLUSIVO PARA LA ESCUELA - NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Total Income: _____	Number in household: _____	Date Withdrawn: _____
<input type="checkbox"/> <b>Free based on:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Reduced based on:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Denied – Reason:</b>
<input type="checkbox"/> food stamp/TANF	<input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> income too high
<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> foster child's income	<input type="checkbox"/> incomplete application
<input type="checkbox"/> household income		<input type="checkbox"/> <b>Temporary:</b>
<input type="checkbox"/> foster child's Income	Determining Official's Signature : _____	<input type="checkbox"/> Free
	Date _____	<input type="checkbox"/> Reduced
		Until: _____ Until: _____
		(maximum 45 days each)

Opcional: Compartiendo informacion de comida gratis o a precio reducido con otros programas

Escuelas individuales ofrecen reducciones en costos de enseñanza u otros costos para varias actividades y programas a estudiantes de familias que califican para comidas gratis o a precio reducido. La información que contiene su solicitud se utilizará únicamente para determinar si su hijo califica o no para comidas gratis o a costo reducido. Se pueden dar a conocer los nombres de los estudiantes y su estatus de elegibilidad con otros programas Federales infantiles de nutrición o educación, y programas de salud o educación del Estado. **Debemos de tener la autorización para compartir información.**

\_\_\_ Si! **Acepto** que los oficiales de la escuela comparta información de mi Solicitud de Comida Gratis o A Precio Reducido para programas/actividades que puedan ser disponibles a reducciones de costo. Programas/actividades pueda que incluyan cosas como los siguientes: Programas de Atletismo Escolar, Cuotas autorizadas por la Mesa Directiva del Distrito Escolar, Libro de recuerdos durante el año escolar, Becas para costo de Jardín de Niños, y Programas Medico.

\_\_\_ No! **No deseo** dar información de mi solicitud de Comidas Gratis o a Precio Reducido a ninguno de estos programas.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Regrese esta forma junto con la Solicitud del Programa de Comida Gratis o A Precio Reducido  
Corvallis School District, Food & Nutrition Dept., 1555 SW 35<sup>th</sup> St., Corvallis, OR 97333**

**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 recibos brutos.*

**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 Reservas 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.