

Solicitud Familiar Para Comidas Gratis Y De Precio Reducido

2023-2024

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 \$2.05, Enseñanza Intermedia/Bachillerato \$2.30** y el almuerzo **Primaria \$3.10, Enseñanza Intermedia \$3.35, Bachillerato \$3.60**. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de **\$0.00** para el desayuno y **\$0.00** 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.** Usted también puede aplicar en línea en <https://linqconnect.com/>
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 bajo tutela temporaria recibir comidas gratis?** Sí, los niños bajo tutela temporaria que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de tutela temporaria o tribunal pueden recibir comidas gratis. Todos los niños bajo tutela temporaria 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 la escuela 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?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
11. **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.
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: Director of Food & Nutrition Services, 1555 SW 35th St., Corvallis, OR 97333 Phone: (541) 757-5859.
13. **¿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.
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.
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. **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

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: su escuela.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Para beneficios de SNAP* (Programa de Asistencia de Suplementaria) 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, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

Parte 3: Dé el nombre de la persona en el hogar que tiene beneficios y su número de caso beneficios (SNAP) (A11-11-1111) o TANF (AA1111 o AAA111).

Parte 4: Salte esta parte

Parte 5: Firme la solicitud.

Parte 6 y 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: Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

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 y 7: Responda esta pregunta si lo desea.

Complete una solicitud del hogar para todo el hogar, incluido el niño bajo tutela temporaria, siguiendo las instrucciones para "Todos los otros hogares"

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	Comidas a precio reducido				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	43,740	3,645	1,823	1,683	842
-2-	59,160	4,930	2,465	2,276	1,138
-3-	74,580	6,215	3,108	2,869	1,435
-4-	90,000	7,500	3,750	3,462	1,731
-5-	105,420	8,785	4,393	4,055	2,028
-6-	120,840	10,070	5,035	4,648	2,324
-7-	136,260	11,355	5,678	5,241	2,621
-8-	151,680	12,640	6,320	5,834	2,917
For each additional family member add	15,420	1,285	643	594	297

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, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque si es un niño bajo tutela temporaria.

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 los últimos cuatro (4) números de su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Parte 6 y 7: Responda esta pregunta si lo desea.

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

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2023-2024 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 Escriba _____

Dirección postal – Apt # _____

Ciudad Estado Código Postal _____

Email _____

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)

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	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 _____ SNAP TANF Número de caso _____ Siga abajo en la Parte 5

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 todos 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. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	_____	_____	<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-____-____ 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 English

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

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

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

Free based on: SNAP/TANF/FDPIR Foster child categorical Household income Homeless

Reduced based on: household income

Determining Official's Signature: _____ Date _____

Denied – Reason: income too high incomplete application

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 35th St., Corvallis, OR 97333**

Usted también puede aplicar en línea en <https://linqconnect.com/>

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 sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

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 acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.