



Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Canby School District ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1 - \$1.25 y el almuerzo \$2.00 - \$2.60. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es y \$.30 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?** 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 **Kim Mabry, 503-266-6742** 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: 1130 S Ivy, Canby, OR 97013.**
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?** Si, 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: (503-266-7861) o (503-263-7429) 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: 503-266-6742.
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. Se puede incluir a los niños bajo tutela temporaria 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 Oregon SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local 1-800-SAFENET (723-3638).

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: 503-266-6742.

Sinceramente,

David Moore, Business Manager
Canby School District

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

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: 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: 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: Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 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"

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: Responda esta pregunta si lo desea.

Parte 7: Responda esta pregunta si lo desea.

SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2011/2012 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	caso para cada niño si recibe beneficios públicos
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

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 Número de caso _____ Siga abajo en la Parte 5
 TANF _____

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí (Siga en la Parte 5 y complete)

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 parte 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. _____	_____	_____	_____	_____	<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 Ruso 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: _____
 Free based on: SNAP/TANF household income foster child's income Denied – Reason: income too high incomplete application Temporary: Free Reduced
 household income foster child's Income Determining Official's Signature: _____ Date _____ (maximum 45 days each)
 Until: _____ Until: _____

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDIPIR**, 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 en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.

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	<i>Comidas a precio reducido</i>				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	20,147	1,679	840	775	388
-2-	27,214	2,268	1,134	1,047	524
-3-	34,281	2,857	1,429	1,319	660
-4-	41,348	3,446	1,723	1,591	796
-5-	48,415	4,035	2,018	1,863	932
-6-	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
-7-	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
-8-	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,067	589	295	272	136

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 los últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguro social no se requieren cuando usted hace la solicitud en nombre de un niño bajo tutela temporaria o lista el Programa de SNAP, un número de caso del Programa de Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF) o un identificador para su hijo 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 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

Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. 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 Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Las personas con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Sistema Federal de Transmisiones al (800) 877-8339 o al número (866) 845-6136. USDA es un proveedor y empleador que ofrece igual oportunidad a todos.