

USD #210 Hugoton, KS

Estimado/a padre, madre o tutor:

Su hijo(a) puede ser elegible para recibir comidas escolares saludables a un precio reducido o de forma gratuita. A continuación encontrará preguntas y respuestas sobre quién es elegible y cómo presentar la solicitud.

Cargos por comidas	Escuela primaria		Escuela secundaria o intermedia		Escuela preparatoria	
	Precio total	Precio reducido	Precio total	Precio reducido	Precio total	Precio reducido
<input type="checkbox"/> Almuerzo	2.35	.40	2.35	.40	2.35	.40
<input type="checkbox"/> Desayuno	1.60	.30	1.60	.30	1.60	.30
<input type="checkbox"/> Refrigerio después del horario escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

1. **¿Debo llenar una solicitud por cada niño?** Utilice una solicitud para todos los estudiantes en su hogar. Ingrese toda la información requerida y devuelva la solicitud completa a: Davonna Daharsh-(620)544-4397
2. **¿Quién puede obtener comidas gratuitas?** Los estudiantes de hogares que reciban Asistencia alimenticia, Ayuda temporal para familias (TAF) o el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de distribución de alimentos en reservas indias, FDPIR) pueden recibir comidas gratuitas, sin importar el ingreso que usted recibe. Además, los estudiantes que residen en su hogar pueden obtener comidas gratuitas si el ingreso del hogar está dentro de los límites de gratuidad de las Normas federales de elegibilidad por ingresos.
3. **¿Los niños que residen en un hogar sustituto pueden recibir comidas gratuitas?** Sí, los niños de un hogar sustituto que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal encargados de ubicarlos bajo el cuidado de una familia sustituta son elegibles para recibir comidas gratuitas, sin importar su ingreso.
4. **¿Un estudiante desamparado, o que ha huido de su hogar o es inmigrante puede obtener comidas gratuitas?** Si no se le ha informado que el estudiante recibirá comidas gratuitas, comuníquese con el Coordinador de enlace de niños sin hogar o emigrantes de la escuela: Mark Crawford- (620)544-4397 or Michelle Henne (620-544-4376
5. **¿Quién puede obtener comidas a precio reducido?** Los estudiantes que residen en su hogar pueden obtener comidas a precio reducido si el ingreso del hogar está dentro de los límites de precio reducido en las Normas federales de elegibilidad por ingresos (consulte la tabla en el reverso de este formulario de solicitud).
6. **¿Debo completar una solicitud si este año recibí una carta donde se me informa que mis hijos tienen aprobación para recibir comidas gratuitas?**
Lea esta carta detenidamente y siga las instrucciones. Si tiene dudas, comuníquese con el Funcionario encargado de tomar la decisión: Davonna Daharsh (620)544-4397
7. **La solicitud de mi hijo se aprobó el año pasado. ¿Debo llenar otra?** A menos que la escuela le haya informado que se ha aprobado a su hijo para el nuevo año escolar, debe enviar una nueva solicitud.
8. **Yo obtengo beneficios del programa WIC (mujeres, bebés y niños). ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) obtener comidas gratuitas?** Los estudiantes de hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para obtener comidas gratuitas o a precio reducido. Llene una solicitud.
9. **¿Se verificará la información que proporcione?** Sí, podríamos pedirle que nos envíe documentación escrita como constancia.
10. **Si actualmente no reúno los requisitos, ¿puedo llenar una solicitud más adelante?** Sí, puede llenar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre o tutor quede desempleado pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar se reduce por debajo del límite de ingreso.
11. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Hable con el Funcionario encargado de tomar la decisión. También puede solicitar una audiencia comunicándose con el Funcionario de audiencias: Mr. Mark Crawford (620)544-4397
12. **¿Puedo llenar una solicitud si alguna persona de mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos?** Sí. No es necesario que usted o su(s) hijo(s) sea(n) ciudadano(s) de los EE. UU. para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido.
13. **¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar?** Inclúyase usted, a todos los niños que vivan con usted (incluidos los niños que residan en un hogar sustituto) y a todas las demás personas que vivan en su casa, ya sean o no parientes (como abuelos, otros parientes o amigos).
14. **¿Qué sucede si mis ingresos brutos no son siempre los mismos?** Indique la suma que recibe normalmente. Por ejemplo: si su ingreso bruto normal es de \$1,000 cada mes, pero usted no trabajó algunos días el mes pasado y únicamente recibió \$900, anote que obtiene \$1,000 al mes. Si habitualmente cobra horas extras, inclúyalo, pero solo si trabaja horas extras en forma regular.
15. **Formamos parte del ejército. ¿Incluimos nuestro ingreso de vivienda como ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de privatización de vivienda del ejército, no incluya su ingreso de vivienda como ingreso. Cualquier otro ingreso debe incluirse en su ingreso bruto.
16. **Mi cónyuge está destinado en zona de combate. ¿Se cuenta su sueldo por combate como ingreso?** El sueldo por combate no se cuenta como ingreso si se recibe como adicional al salario básico y no lo recibía antes de ser destinado.

17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas donde podemos presentar una solicitud?** Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales y Rehabilitación al 1-888-369-4777 o visite www.srs.ks.gov.

If you have other questions or need help, call: 620)544-4397

Si necesita ayuda, llame al teléfono: 620)5444397

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 620)544-4397

Si desea acceder a los materiales traducidos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), ingrese en <http://www.fns.usda.gov/cnd/FRP/frp.process.htm>.

Si desea acceder a las traducciones en español del Departamento de Agricultura de Kansas (KSDE), ingrese en http://www.kn-eat.org/SNP/SNP_Menu/SNP_Admin_Foreign_Language_Translations.htm.

Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Si su familia recibe Asistencia alimenticia, TAF o FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Ingrese la siguiente información:

- Nombre y apellido de cada miembro del hogar.
- La escuela y el grado de cada estudiante.

Parte B: Ingrese el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de Asistencia alimenticia, TAF o FDPIR. No se puede aceptar un número de Medicaid.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Firme y escriba la fecha en el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Si presenta una solicitud para un HIJO EN HOGAR SUSTITUTO, siga estas instrucciones:

Si todos los niños del hogar son hijos en hogar sustituto:

Parte A: Enumere todos los hijos en hogar sustituto y el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Marque la casilla para indicar que el niño es un hijo en hogar sustituto.

Parte B: Omite esta parte.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Firme y escriba la fecha en el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Si algunos de los niños del hogar son hijos en hogar sustituto:

Parte A: Ingrese **todos** los miembros del hogar, incluidos los hijos en hogar sustituto.

- Marque la casilla si el niño es un hijo en hogar sustituto.
- Siga los procedimientos a continuación para Todos los demás hogares.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluidos los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte A: Incluya **todos los** miembros del hogar que vivan en su casa, ya sean parientes o no (por ejemplo abuelos, otros parientes o amigos) y el nombre de la escuela y el grado de cada estudiante. Para toda persona, incluidos los niños, que no perciba ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio.

Parte B: Si el hogar no tiene un número de caso, omite esta parte.

Parte C: Informe el ingreso BRUTO del mes anterior, de todos los miembros del hogar. El ingreso bruto es el monto obtenido ANTES de impuestos y cualquier otra deducción. Este ingreso NO es lo mismo que el dinero que lleva a casa. La cantidad bruta debería estar especificada en la boleta de pago.

- Enumere los **ingresos brutos** que cada miembro del hogar obtuvo por trabajo y haga un círculo en el código de frecuencia que indica con qué frecuencia recibe el ingreso.
- Enumere la cantidad que la persona obtuvo el mes anterior en concepto de otros ingresos, incluida asistencia pública, manutención, pensión alimenticia, jubilación, Seguro Social, compensación para empleados, desempleo, beneficios por huelga, Ingresos de Seguro Complementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y CUALQUIER OTRO INGRESO. Haga un círculo en el código de frecuencia que indica con qué frecuencia recibe el ingreso.
- Si el hogar obtiene **ingresos de negocios propios** (por ejemplo de una empresa propia, granja o ingresos por renta), declare el ingreso neto en las columnas Ingresos provenientes del trabajo. Consulte el reverso del formulario de solicitud para obtener más instrucciones sobre cómo declarar ingresos por negocios propios.
- Si el hogar pertenece a la **Iniciativa de privatización de vivienda del ejército** o recibe sueldo por combate, NO incluya estas asignaciones como ingresos.
- Marque la casilla si esta persona no está trabajando temporalmente debido a huelga, despido, lesión o discapacidad por corto tiempo.

Parte D: Un miembro adulto del hogar debe firmar, escribir la fecha en el formulario e ingresar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

Solicitud para beneficios de Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) 2011-2012

¡Importante! ¡Importante! Siga atentamente las instrucciones. No se puede aprobar una solicitud incompleta. Llene una solicitud por hogar. Devuelva la solicitud llena a la escuela.

A. MIEMBROS DEL HOGAR						C. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR ANTES DE LAS DEDUCCIONES				
Enumere los nombres de TODOS los miembros del hogar		Complete estas columnas ÚNICAMENTE para los estudiantes inscritos en este Distrito.		Marque la casilla si se trata de un(a) hijo(a) en hogar sustituto. Continúe con la Parte D para firmar este formulario si TODOS son hijos en hogar sustituto.	Marque la casilla si no PERCIBE ingresos	Frecuencia: Haga un círculo alrededor de UNA opción en cada cantidad de ingresos: S=Semanal, C2=Cada 2 semanas, 2M=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual				
Nombre	Apellido	Nombre de la escuela (o "NA" [no corresponde] si el niño no asiste a la escuela)	Grado			Ingresos provenientes del trabajo		Otros ingresos regulares		Marque la casilla si TEMPORALMENTE NO está trabajando debido a huelga, despido, lesión o discapacidad por corto tiempo.
						Monto	Seleccione la frecuencia	Monto	Seleccione la frecuencia	
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
7.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>
8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S C2 2M M A		S C2 2M M A	<input type="checkbox"/>

B. BENEFICIOS: Si un miembro del hogar recibe Asistencia alimenticia, TAF o FDPPIR, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios y continúe con la Parte D. Si nadie recibe estos beneficios, continúe con la Parte C.

Nombre: _____ Número de caso: _____

D. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario. SI SE LLENA LA PARTE C, el adulto que firma el formulario debe proporcionar también los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (NSS) o marcar la casilla "No tengo NSS". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta solicitud).

Nombre en letra de imprenta: _____ N.º de teléfono durante el día : _____ N.º de teléfono durante la noche: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y estatales de acuerdo a la información que yo proporcione; los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud y, si intencionalmente proporciono información falsa, mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios de alimentación y me pueden enjuiciar de conformidad con los códigos penales Federales y Estatales que apliquen.

Firme aquí X _____ Fecha: _____ Últimos cuatro dígitos del NSS: ***-**- _____ O No tengo un SSN

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA. NO ESCRIBA ABAJO.

<p>Application Type (check one)</p> <p><input type="checkbox"/> Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____</p> <p>Household's Income Frequency – Circle ONE: W E2 2M M Y Multiple=Yearly</p> <p><input type="checkbox"/> Food Assistance or TAF or FDPPIR</p> <p><input type="checkbox"/> Foster Child</p>	<p>Application Status</p> <p>Approved.....<input type="checkbox"/> Free OR <input type="checkbox"/> Reduced Price</p> <p>Temporarily Approved...<input type="checkbox"/> Free OR <input type="checkbox"/> Reduced Price Expires On: _____</p> <p>Denied.....<input type="checkbox"/> Income over allowed amount <input type="checkbox"/> Incomplete/missing:</p> <p>Notes: _____</p>
Determining Official's Signature: _____	Approval/Denial Date: _____ Notification Date: _____

Processor's Initials:

Confirming Official's Signature (ONLY for applications to be verified):

Review Date:

Sus hijos pueden reunir los requisitos para obtener comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar está dentro de los límites de esta tabla.

Normas federales de elegibilidad por ingresos					
Tamaño del hogar	Anuales	Mensuales	Dos veces al mes	Cada 2 semanas	Semanales
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
Cada persona adicional:	7,067	589	295	272	136

Ingresos provenientes de negocios propios: los empleados autónomos pueden utilizar los registros del impuesto sobre la renta del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año actual, a menos que los ingresos mensuales actuales proporcionen una medida más precisa. Indique los ingresos derivados de empresas comerciales menos los costos operativos incurridos en la generación de esos ingresos. Las deducciones por gastos personales como intereses sobre pagos de casa, gastos médicos y otras deducciones no comerciales similares no se permiten para reducir los ingresos brutos de la empresa. Los ingresos adicionales provenientes de otras clases de empleo se deben tratar por separado y aparte de los ingresos o las pérdidas generados por su empresa comercial. Por ejemplo, si operaba una empresa con pérdida neta, pero tenía otro empleo del que recibía un sueldo, los ingresos para la solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido serían únicamente los ingresos del sueldo. La pérdida de la empresa no se puede deducir de un ingreso positivo devengado en otro empleo. A los efectos de esta solicitud, no es posible informar un ingreso negativo de una empresa comercial cualquiera. El menor ingreso posible es cero (ningún ingreso). La información necesaria para llegar a un ingreso permisible proveniente de la operación de un negocio privado se puede obtener en su más reciente Formulario 1040: Declaración del impuesto sobre la renta individual de los EE. UU. Sume los montos que aparecen en las siguientes líneas:

LÍNEA 12	\$ _____	Ingreso o (pérdida) de la empresa
LÍNEA 13	\$ _____	Ganancia o (pérdida) de capital
LÍNEA 14	\$ _____	Otras ganancias o (pérdidas)
LÍNEA 17	\$ _____	Alquileres de bienes inmuebles, regalías, asociaciones, sociedades tipo S, fideicomisos, etc.
LÍNEA 18	\$ _____	Ingreso o (pérdida) agrícola
TOTAL	\$ _____	Declare los ingresos anuales en la Parte 1, Ingresos brutos antes de las deducciones.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: esta declaración explica cómo utilizaremos la información que nos proporcione. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo(a). Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un hijo en hogar sustituto o cuando indica el número de caso de Asistencia alimenticia, TAF o FDPIR u otro identificador FDPIR de su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios de cumplimiento de la ley para ayudarles a examinar las infracciones a las reglas del programa.

Declaración de no discriminación: esta declaración explica qué hacer si cree que lo han tratado injustamente. De conformidad con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución la discriminación según la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al (866) 632-9992 (Voice). Las personas que tienen discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.