



Estimado Padre de Familia/Tutor Legal:

1 de julio, 2017

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. El Distrito Escolar de Salem-Keizer ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.05 para elementales y \$1.15 para secundarias; el almuerzo de las escuelas elementales es \$2.40 y el almuerzo para secundaria es \$2.80. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o de precio reducido. Para los que tengan derecho al programa de precio reducido, el desayuno y el almuerzo son gratis.

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 tiene preguntas llame a la **Oficina de Servicios de Alimentación y Nutrición al 503-399-3169.**
2. **¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. Use una solicitud para comidas gratis o de 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 & Nutrition 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), Ayuda Temporal para Familias con Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés) o del Programa de Distribución de Alimentos a Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) 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 que están bajo tutela temporal recibir comidas gratis?** Sí, los niños que están bajo tutela temporal y bajo la responsabilidad legal de una agencia de tutela temporal o juzgado pueden recibir comidas gratis. Cualquier niño(a) bajo tutela temporal en el hogar puede recibir comidas gratis sin importar los ingresos.
5. **¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños migrantes recibir comidas gratis?** Por favor comuníquese con **su representante del programa para desamparados o con el personal del programa migrante al 503-399-3258** para verificar si sus hijos califican, si no le han informado que ellos recibirán comidas gratis.
6. **¿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.
7. **Si mi hijo es elegible para recibir beneficios de comidas gratis o de 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.
8. **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.
9. **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.
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.
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: **Michael Wolfe, Jefe Encargado de Operaciones para Negocios y Servicios de Apoyo; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
13. **¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no es ciudadano de Estados Unidos?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos de Estados Unidos para recibir comidas gratis o de precio reducido.
14. **¿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. Se puede incluir a los niños bajo tutela temporal 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 recibe regularmente. Por ejemplo: Si usted normalmente recibe \$1,000 al mes pero se ausentó del trabajo el mes pasado y sólo recibió \$900, anote que recibe \$1,000 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.
16. **Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿incluimos nuestro subsidio para vivienda? Si recibe un subsidio para vivir fuera de una base militar, esto debe contarse 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 del miembro en servicio; debido al despliegue del miembro en servicio, y el miembro en servicio no la recibió antes de su despliegue.
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 o envíe un mensaje de texto, "FOOD" al 877877 o llame al **1-866-348-6479 (1-866-3 HUNGRY) o visite el sitio www.Summerfoodoregon.org**

Si tiene más preguntas, por favor llame a **Terri Tucker al 503-399-3169.**

Atentamente, Dave Harvey, Director de Servicio Alimentos

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 escolar y la fecha de nacimiento del niño(s) y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporal en la familia.
- 3ª Parte:** Escriba el nombre de la persona en el hogar que recibe beneficios y el número del caso, beneficios del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés), (A11-11-1111) o TANF (AA111 ó AAA111).
- 4ª Parte:** Sáltese esta parte.
- 5ª Parte:** Firme el formulario. No es necesario 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 TEMPORAL, siga estas instrucciones:

- 1ª Parte:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.
 - 2ª Parte:** Escriba el nombre, escuela, grado escolar y la fecha de nacimiento del niño(s) y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporal en la familia.
 - 3ª Parte:** Sáltese esta parte.
 - 4ª Parte:** Sáltese esta parte.
 - 5ª Parte:** Firme el formulario. No es necesario un Número de Seguro Social.
 - 6ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.
 - 7ª Parte:** Responda esta pregunta si lo desea.
- Complete una solicitud del hogar para todo los que viven en el hogar, incluyendo al niño bajo tutela temporal, siguiendo las instrucciones para "Todos los Demás Hogares".

PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluyendo aquellos que reciben WIC, siga estas instrucciones:

- 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 marque la casilla si son niños bajo tutela temporal.
 - 3ª Parte:** Sáltese 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 deducir los 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.
- Reporte 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 los últimos cuatro (4) números de 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 2017-2018 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 _____

Nº de teléfono de trabajo - fijo - celular (encierra en un círculo cuál tipo de número es) _____

Dirección de correo electrónico _____

➔ 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 (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	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 Número de caso _____ Siga abajo en la Parte 5

TANF _____

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí

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 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 _____ Firmado en _____ Número de Seguro Social * _____ No tengo número de Seguro Social

X _____ Mes/día/año _____ (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-____

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: Reduced based on: Denied – Reason:

SNAP/TANF/FDPIR household income income too high

Foster child categorical household income incomplete application

household income

Determining Official's Signature : _____ Date _____

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 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. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

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	Comidas a precio reducido				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	22,311	1,860	930	859	430
-2-	30,044	2,504	1,252	1,156	578
-3-	37,777	3,149	1,575	1,453	727
-4-	45,510	3,793	1,897	1,751	876
-5-	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
-6-	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
-7-	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
-8-	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Para cada miembro adicional de la familia añadir	7,733	645	323	298	149

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 conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.