

Por favor responda
en inglés

Spanish

Application for Free and
Reduced Price Meals

School District of Springfield Twp.

Año escolar 2010 - 2011

SOLICITUD FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIOS REBAJADOS

Si desea solicitar comidas gratuitas y a precios rebajados para su hijo, complete esta solicitud, firmela y devuélvala a la escuela. Si necesita asistencia, llame a la escuela y solicite ayuda para completar la solicitud para recibir comidas gratuitas y a precios rebajados

SECCIÓN 1 TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Use una solicitud independiente para cada niño acogido)			
Nombres de todos los miembros de la familia (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela para cada niño	Número de caso SNAP estatal, FDIPIR o estatal para cualquier miembro de su familia. Si menciona un número de caso, pase a la Sección 5.	Marque si NO percibe ingresos
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 2 Si el menor para el cual está presentando la solicitud no tiene hogar, residencia fija o es un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a _____ (your school, homeless liaison, migrant coordinator) al _____

Sin hogar Sin residencia fija Fugitivo

SECCIÓN 3 NIÑO ACOGIDO

Si esta solicitud es para un menor que es responsabilidad legal de un organismo de bienestar social (welfare) o un tribunal, marque esta casilla y luego el ingreso mensual destinado al niño: \$ _____. Marque si no percibe ingresos. Pase a la Sección 5.

SECCIÓN 4 INGRESO TOTAL BRUTO DE LA FAMILIA - Debe indicarnos cuánto dinero y con qué frecuencia

1. Nombre (Anoté todos los miembros de la familia que perciben un ingreso)	2. Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió			
	Ganancias laborales antes de la deducción de impuestos	Bienestar social, sustento de hijos, pensión conyugal	Pensiones, jubilación, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios para veteranos de guerra (VA Benefits)	Todos los demás ingresos
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	\$199.99/semanal	\$149.99/semanal	\$99.99/mensual	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

SECCIÓN 5 FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (debe firmar un adulto)

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si llena la Sección 4, el adulto que firme el formulario también debe indicar su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo número de Seguro Social". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad al dorso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he indicado todos los ingresos que percibo. Comprendo que la escuela obtendrá fondos federales basándose en la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Comprendo que si entrego información falsa deliberadamente, mis hijos pueden perder los beneficios de alimentación, y puedo enfrentar demandas.

NOMBRE DE UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA, CON LETRA DE IMPRENTA	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL TRABAJO

No tengo número de Seguro Social.

Firme aquí: X _____ Firma de un miembro adulto de la familia _____ Fecha

SECCIÓN 6 IDENTIDADES RACIALES Y ÉTNICAS DE LOS NIÑOS (opcional)

Elija una etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino	Elija una o más de las siguientes opciones (independientemente de la etnia): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
--	---	---

School District of Springfield Twp.

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precios rebajados si el ingreso de su familia coincide con los límites de esta tabla.

Tabla federal de ingresos			
Comidas a precios rebajados			
A partir del			
1 de julio de <u>2010</u> al 30 de junio de <u>2011</u>			
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Semanal
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
Para cada miembro adicional, agregue:	+6,919	+577	+134

Declaración de ley de privacidad: esto explica cómo se utilizará la información que usted nos entregue.

La ley nacional sobre almuerzos escolares "Richard B. Russell National School Lunch Act" exige la información que se proporciona en esta solicitud. No es obligación que dé la información, pero si no lo hace, no podremos brindarle comidas gratuitas ni a precios rebajados a su hijo. Debe incluir el número de Seguro Social del miembro adulto de la familia que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando se presenta una solicitud para un niño acogido o se especifica un número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), del programa

() o del Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando indique que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas gratuitas o a precios rebajados, y para fines de administración y cumplimiento de los programas escolares de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, asignar auditores para revisiones de programas y funcionarios fiscalizadores para ayudarlos a detectar infracciones a las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: esto explica lo que debe hacer si cree que se le trató injustamente.

"De acuerdo con las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture (USDA)), esta institución prohíbe la discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, género, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o bien llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades."

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income \$ _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year

Household Size: _____

Categorical Eligibility: _____

Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____

Temporary: Free Reduced Time Period: _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____