

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 <u> Escriba </u> 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 FDIPIR (Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) Sí (Complete las partes 2 y 5)

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 _____	<input type="checkbox"/> SNAP	Número de caso _____	Siga abajo en la Parte 5
_____	<input type="checkbox"/> TANF	_____	

¿Recibe este hogar FDIPIR (Distribución de comida en reservas 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 asistan 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 *	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social
X _____	_____	(Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-____	
	Mes/día/año		

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Marque una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> 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: _____
<input type="checkbox"/> Free based on:	<input type="checkbox"/> Reduced based on:	<input type="checkbox"/> Denied – Reason:
<input type="checkbox"/> SNAP/TANF	<input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> income too high
<input type="checkbox"/> FDIPIR	<input type="checkbox"/> foster child's income	<input type="checkbox"/> incomplete application
<input type="checkbox"/> household income		
<input type="checkbox"/> foster child's Income	Determining Official's Signature : _____	Until: _____ Until: _____
	Date _____	(maximum 45 days each)

Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, 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: Proyecte 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-	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.

Permiso para compartir el estado confidencial de elegibilidad para comidas escolares para el año 2011-12 para recibir beneficios o servicios adicionales para su hijo/hija.

Estimado padre de familia o tutor legal:

Si su estudiante es elegible para comidas provistas por la escuela gratuitas o de precio reducido, él o ella **puede** también calificar para recibir otros beneficios. Para dar su permiso para que nosotros compartamos el nombre y la condición de elegibilidad para comidas escolares de su hijo/hija con el personal encargado de los programas enumerados a continuación, **seleccione la Opción uno o las oportunidades específicas en la Opción dos y firme este formulario.** Seleccione la Opción tres si usted no quiere compartir el estado de elegibilidad de su hijo/hija.

Por favor tenga en cuenta que **NO HAY NINGUNA GARANTÍA** de beneficios adicionales. **No todas las escuelas cuentan con fondos para ofrecer la exención o la reducción de pago para programas locales para los estudiantes.** Seleccionar cualquiera de estas opciones no cambiará el hecho de que su estudiante reciba comidas escolares gratuitas o de precio reducido y **NO** es un requisito para participar en el programa de nutrición de la escuela.

Opción uno:

¡Sí! Comparta el estado de elegibilidad de mi(s) hijo(s) con todos los programas en mi distrito escolar.

Opción dos: Si, comparta el estado de elegibilidad de mi hijo/hija con el personal encargado **SOLAMENTE para las oportunidades seleccionadas a continuación.**

1. Exención o reducción de cuota para programas educativos/relacionados con la escuela – Viajes de estudio, cuadernos de actividades educativas, costos de laboratorio para clases opcionales, cuotas para la matrícula de universidades, cuotas para la escuela nocturna, cuotas para la escuela de verano, cuota-por-servicio de kindergarten y pre-kinder, cuota para la Escuela al aire libre, cuotas para los exámenes de PSAT/SAT/ACT

2. Reducción de cuota para programas atléticos

3. Exención o reducción de la cuota administrativa para programas de la escuela – Cuota para los programas de antes y después de la escuela, cuotas para el autobús escolar/transporte, cuotas para las actividades estudiantiles (bailes), cuota para la tarjeta de identificación estudiantil, **transferencia a una escuela de su elección** (elegibilidad es un factor “de peso” para la lotería de transferencia de escuelas)

4. Exención o reducción de cuota para servicios médicos/dentales

Los beneficios en esta lista **NO** están garantizados por este formulario.

NO todas las escuelas reciben fondos para proporcionar la exención o la reducción de cuotas.

Opción tres:

¡NO! **NO** comparta la elegibilidad de mi hijo/hija para las comidas de la escuela gratuitas o de precio reducido con ningún programa.

Si usted seleccionó la Opción tres, usted **NO** tiene que completar este formulario. El estado de elegibilidad de su hijo/hija para las comidas escolares gratuitas o de precio reducido no será compartido a menos que un formulario de consentimiento sea entregado.

Si usted seleccionó la **Opción 1** o seleccionó oportunidades específicas en la **Opción 2**, complete la siguiente información del estudiante, **firmelo, escriba la fecha, y regrese este formulario de consentimiento**, con su solicitud para comidas. La información confidencial de elegibilidad de su hijo/hija solo será compartida con el personal encargado de las oportunidades que usted seleccionó.

Nombre(s) del estudiante: _____ Escuela(s): _____

Nombre(s) del estudiante: _____ Escuela(s): _____

Nombre(s) del estudiante: _____ Escuela(s): _____

Firma del Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

← La firma y la fecha son requeridas

Nombre impreso: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igual oportunidad a todos



Servicios de Nutrición de Portland Public Schools

¿Ha Completado su Solicitud de Comidas de La Familia?

Su solicitud para beneficios Comidas Gratis o a Precio Reducido no puede ser procesada si falta cualquiera de la información **requerida**

Todas las solicitudes necesitan tener una Firma

- ¿Está la solicitud firmada por un miembro adulto del hogar y fechada?

Solicitudes de Ingresos – Secciones 1, 2, 4 y 5

- ¿Esta incluido los últimos 4 dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud? Si usted no tiene un número del Seguro Social ¿ha marcado la casilla indicando que no lo tiene?
- ¿Están TODOS los nombres de los miembros de la casa en la lista? Incluya los infantes, niños de edad pre-escolar y todos los miembros adultos del hogar.
- ¿Ha anotado usted el ingreso mensual de todos los miembros del hogar?

SNAP (Estampillas de Comida) o Solicitudes de TANF – Secciones 1, 2, 3 y 5

- ¿Ha incluido usted un número de caso válido de *Programa de Asistencia Suplementaria (SNAP) anteriormente Programa de Cupones de Alimento (nueve dígitos) por el nombre de cada estudiante? Ejemplo: F 1 1 - 1 1 - 1 1 1 1 (NO use un número de Oregon Trail Card o de tarjeta médica)
- ¿Ha incluido usted un número de caso válido de TANF (Temporary Assistance For Needy Families) – seis letras o números: A A 1 1 1 1 ó A A A 1 1 1 por el nombre de cada estudiante?

Solicitudes para el Sistema de Crianza (Foster Child) – Sección 1, 2, y 5

- Marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia. Un niño en el sistema de crianza (foster child) es la responsabilidad legal de SCF (Services to Children and Families) o la corte.

Si tiene usted preguntas sobre una solicitud de comidas, por favor llame a Portland Public Schools Meal Application Center al 503-916-3402.

Recuerde – si ha recibido una carta de *Eligibility Notification – Free Meal Benefits*, No necesita completar una solicitud para comidas. Si no recibió esta carta de notificación para todos los niños en su casa, llame 503-916-3402.