



HOCKINSON SCHOOL DISTRICT

Preparing all students for lifelong success

Estimado padre o tutor:

Se incluye en este paquete información sobre: Comidas gratuitas y de precio reducido. Para procesar las aplicaciones lo más rápido posible, consulte las viñetas que se enumeran a continuación:

- Las solicitudes 2019-2020 pueden enviarse en línea a través de Family Access o puede usar la copia impresa adjunta. La aplicación también está disponible en línea en www.hocksd.org en la pestaña "Padres".
- Si entrega una solicitud en papel, complete **una** solicitud por hogar.
- **Si califica para comidas gratuitas o de precio reducido y desea aprovechar nuestro programa de tarifas exentas o exentas (disponible solo para estudiantes de secundaria y secundaria) se debe entregar un formulario de Información de elegibilidad para el consentimiento para compartir (adjunto) para los estudiantes recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor llene un formulario por hogar. Como no hay tarifas para los estudiantes de la escuela primaria, no es necesario que figuren en el formulario.**
- Para enviar un formulario en línea, inicie sesión a través de Family Access. Si tiene más de un alumno que asiste al Distrito Escolar de Hockinson, deberá hacer clic en la flecha hacia abajo y seleccionar un alumno. No seleccione Todos los estudiantes. Seleccione Agregar aplicación y complete y envíe el formulario. Por favor envíe un formulario para todos los estudiantes. **También se debe entregar un formulario de Consentimiento para compartir para aprovechar las tarifas exentas o reducidas.**
- Si recibe una carta antes de que la escuela comience con la notificación de que sus estudiantes califican para recibir comidas gratis para el año escolar 2019-2020, no necesita entregar una solicitud. Envíe una solicitud en línea o en papel solo si los estudiantes no figuran en la carta que debería haber sido. **Un formulario de Consentimiento para compartir aún debe entregarse para aprovechar las tarifas exentas.**

Consulte las siguientes páginas para obtener instrucciones sobre cómo solicitar comidas escolares gratuitas y de precio reducido y respuestas a preguntas frecuentes.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse conmigo al 360-448-6408. Para preguntas generales también puede enviarme un correo electrónico a caroline.chapman@hocksd.org.

Gracias,

Caroline Chapman

Caroline Chapman
Servicios de nutrición infantil

Steven Marshall, Superintendent

17912 NE 159th Street, Brush Prairie, WA 98606 • Tel: 360.448.6400 • Fax: 360.448.6409 • www.hocksd.org

2019-20 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta les informa como sus hijos pueden obtener comida gratuita o a precio reducido además de información sobre otros beneficios. El costo de comidas escolares está a continuación.

PRECIO REGULAR			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
K-5	\$1.40	\$ 2.85	\$ Ala Carte
6-8	\$1.65	\$3.00	\$Ala Carte
9-12	\$ 1.90	\$ 3.25	\$ Ala Carte

PRECIO REDUCIO			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
K-3	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ Ala Carte
4-5	\$ 0.00	\$ 0.40	\$ Ala Carte
9-12	\$ 0.00	\$ 0.40	\$ Ala Carte

¿QUIÉN DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD?

Complete la solicitud si:

- El ingreso total de su grupo familiar es IGUAL o MENOR que el monto indicado en la tabla
- Usted recibe ayuda del programa Basic Food, forma parte del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitada (TANF, por sus siglas en inglés) para sus hijos
- Solicita asistencia para un niño de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte

Entregue su solicitud a 17912 NE 159 St, Brush Prairie WA 98606.

Asegúrese de presentar UNA SOLA solicitud por grupo familiar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o rechazada. Si algún niño por cual usted está presentando una solicitud está sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque el casillero que corresponda.

¿QUÉ SE CONSIDERA COMO INGRESO? ¿QUIÉNES SE CONSIDERAN MIEMBROS DE MI GRUPO FAMILIAR?

Observe la tabla de ingresos a continuación. Busque el tamaño de su grupo familiar. Busque el ingreso total de su grupo familiar. Si los miembros de su grupo familiar cobran el salario a diferentes momentos durante el mes y usted no está seguro si su grupo familiar reúne los requisitos, complete una solicitud y nosotros determinaremos su elegibilidad de acuerdo con su ingreso. La información que brinde se usará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis. Si desea realizar alguna consulta sobre la solicitud de beneficios de comidas para niños de crianza temporal, por favor contáctenos al 360-448-6400

TABLA DE INGRESO					
Vigente desde 1º de julio 2019 a 30ª de junio 2020					
Tamaño del Grupo familiar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
Por cada miembro adicional agregar:	\$8,177	\$682	\$341	\$315	\$158

EL GRUPO FAMILIAR se compone de todos los individuos, incluyendo padres, hijos, abuelos, y todas las personas, familiares o no, que viven en su hogar y comparten los gastos de subsistencia. Si completa la solicitud para un grupo familiar con un niño de crianza temporal, usted puede incluir el niño de crianza temporal en el tamaño total del grupo familiar.

EL INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR es el ingreso que cada miembro del grupo familiar recibe antes de impuestos. Eso incluye salarios, seguro social, pensiones, desempleo, asistencia pública, manutención de menores, pensión alimentaria, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye un niño de crianza temporal como parte del grupo familiar, también debe incluir el ingreso personal del niño de crianza. No reporte como ingresos los pagos relacionados con los niños de crianza temporal.

¿QUÉ DEBE DE INCLUIR EN LA SOLICITUD?

A. Para grupos familiares que no reciben asistencia:

- Nombre del estudiante
- Los nombres de todos los miembros del grupo familiar
- Ingreso por origen de todos los miembros del grupo familiar
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social del adulto miembro del grupo familiar que firmo la solicitud (o marque el casillero 'no tengo un número de seguro social')

Complete las Partes 1, 2, 3, 4, y 5; Parte 6 es opcional.

B. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal solamente

- Nombre del estudiante
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1 y 5; Parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación del tribunal que le ubicó el (los) niño(s) de crianza temporal en lugar de completar un formulario de solicitud.

Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para B.

2019-20 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar

C. Para una familiar recibiendo asistencia Basic Food/TANF/FDPIR:

- Indique el nombre de todos estudiantes
- Indique un numero de caso
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1, 2, 4, y 5; Parte 6 es opcional.

Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para C.

D. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal y otros niños:

Complete la solicitud como un grupo familiar e incluya los niños de crianza. Siga las instrucciones indicadas para 'A'. Grupos familiares que no reciben asistencia" e incluya el ingreso del niño de crianza temporal para uso personal.

¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO DÓLARES DEL PROGRAMA BASIC FOOD?

Si usted ha sido aprobado para recibir Comidas Básicas (Basic Food) pero no recibe el dinero de Comidas Básicas, usted podría ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe presentar una solicitud para beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo/a.

MIS HIJOS CALIFICAN AUTOMATICAMENTE ¿SI TIENEN UN NÚMERO DE CASO?

Sí. Los niños en el programa TANF o alimentos básicos pueden recibir comidas gratis y algunos niños que reciben beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a esos niños mediante un proceso de correspondencia de datos. Esa lista con las correspondencias luego se pone a disposición del personal del servicio de comedor de la escuela de su hijo. Los estudiantes que figuran en esa lista obtienen comidas sin cargo si su escuela cuenta con el programa de desayunos y/o almuerzos sin cargo y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Contáctenos de inmediato si cree que su hijo debe recibir comidas sin cargo y no lo hace. Si usted no quiere que su hijo participe en el programa de comidas gratuitas por este método, por favor infórmelo a la escuela.

SI ALGÚN MIEMBRO DE MI GRUPO FAMILIAR TIENEN UN NÚMERO DE CASO, ¿TODOS LOS NIÑOS CALIFICARÁN PARA OBTENER COMIDAS SIN CARGO?

Sí. Si algún otro integrante del grupo familiar, que no sea un niño de crianza temporal, tiene un número de caso, usted debe completar una solicitud y enviarla a la escuela de su hijo. Contáctenos en forma inmediata si cree que los otros niños de su grupo familiar deben recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

BASIC FOOD – ¿PUEDO REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER AYUDA EN LA COMPRA DE ALIMENTOS?

El programa Basic Food es el programa estatal de cupones para alimentos. El programa ayuda a los grupos familiares poder subsistir proporcionándoles beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Es fácil obtener ayuda del programa Basic Food! Puede solicitarla personalmente en la oficina local de Servicio Comunitario del DSHS, por correo, o en línea. También existen otros beneficios. Puede obtener más información sobre el programa Basic Food llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

PERTENECEMOS A LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS REPORTAR NUESTROS INGRESOS DE OTRO MODO?

Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.

LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE ACEPTADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA?

Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año escolar y por los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo ya es elegible para el nuevo año escolar.

¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR NO TIENEN NINGÚN INGRESO QUE REPORTAR?

Es posible que miembros del grupo familiar no reciban ningún tipo de ingreso del cuál le pedimos que reporten en la solicitud o podrían no recibir ningún ingreso del todo. Cuando esto pasa, por favor escriba 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo queda vacío o en blanco, esos también serán considerados como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos en blanco porque nosotros asumiremos que usted los hizo a propósito.

SEGURO DE SALUD

Para saber más sobre o presentar una solicitud para obtener cobertura de seguro de salud para los niños en su familia, por favor visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

¿QUÉ PASA SI MI HIJO NECESITA ALIMENTOS ESPECIALES?

Si su niño necesita una alimentación especial, comuníquese con la oficina del Servicio de alimentos de la escuela/del distrito.

2019-20 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar

PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

La información que usted proporciona puede verificarse en cualquier momento. Es posible que se le solicite información adicional que demuestre que su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso usado para probar la elegibilidad en función de los ingresos, puede hablar con Steven Marshall, Superintendente, el funcionario de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede coordinarse llamando a la escuela/el distrito escolar al número 360-448-6400.

NUEVA SOLICITUD

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si el ingreso del grupo familiar disminuyera, aumentara el tamaño del grupo familiar, si algún miembro quedara desempleado o recibiera asistencia de los programas Basic Food, TANF o FDPIR, es posible que usted reúna los requisitos y pueda presentar una solicitud en ese momento.

**2019-ZU SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO
DISTRITO ESCOLAR DE HOCKINSON**

Complete, firme y envíe esta solicitud a: 17912 NE 159 St, Brush Prairie WA 98606

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado: Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza		Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)		Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria		Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)		Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario		Mensual		Dos veces por mes		Cada 2 semanas		Semanal		Cada 2 semanas		Dos veces por mes		Mensual	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a: INSERT FULL APPLICATION PROCESSING ADDRESS HERE
 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar _____ Firma del miembro adulto del grupo familiar _____ Dirección de correo electrónico _____
 Dirección postal _____ Ciudad, Estado, & Código postal _____ Teléfono durante el día _____ Fecha _____

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)**- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:
 Indio americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Nativo de Hawái o isleño del pacífico
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Marque una o más identidades raciales:
 Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái o isleño del pacífico
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Marque una o más identidades raciales:
 Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario rellenado o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

INSERT NONDISCRIMINATION STATEMENT HERE

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL:
 Basic Food/TANF/FDPIR/Foster
 Income Household
 Total Household Size _____
 Total Household Income \$ _____
 Weekly
 Bi-Weekly
 2x per Month
 Monthly
 Annual

APPLICATION APPROVED FOR:
 Free Meals
 Reduced-Price Meals
 Income Over Allowed Amount
 Other: _____
 Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent _____

Signature of Approving Official _____

Date _____

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION DE ELEGIBILIDAD
AL PROGRAMA CON OTROS PROGRAMAS ESCOLARES
Año Escolar 2019-2020**

Si usted califica para recibir comidas gratis o a precio reducido basado en el tamaño o ingreso de su grupo familiar, o si usted recibe beneficios de Comidas Básicas (Basic Food), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o ha sido Directamente Certificado (Directly Certified) como elegible para recibir alimentos gratis, usted podría ser elegible para recibir un rebajo en los cargos para participar en otros programas escolares. La presentación o falta de presentación de este formulario no afectará la elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido de su hijo/a.

Usted debe marcar la casilla para cada programa en el cual desea participar y firme el formulario para permitir que su estado de elegibilidad sea compartido para obtener beneficios en los otros programas.

Marque para participar	Nombre del programa escolar	Cómo la información compartida será utilizada
<input type="checkbox"/>	Actividades	Comparte informacion con la secretaria de ASB.
<input type="checkbox"/>	Deportes	Comparte informacion con la secretaria de ASB.
<input type="checkbox"/>	iPad garantía cuota (HAP)	Comparte informacion con la secretaria de ASB.
<input type="checkbox"/>	Banda de jazz	Comparte informacion con la secretaria de ASB.
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Imprima el nombre del (los) estudiante(s) aquí:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Tel.: _____

USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidad.