

Estimados padres/tutores:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **Frederick County Public Schools** ofrecen comidas saludables todos los días escolares. Sus hijos pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido desayuno y el almuerzo ("comidas").

1. **TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Completa **una** solicitud de beneficio de comidas para **todos** los niños en su hogar. No podemos aprobar una aplicación que no está completa. Llene **todos** requerida información. Devuelva la solicitud completada a la escuela de su niño o **Food and Nutrition Services, FCPS, 33 Dr. Thomas Johnson, Frederick, MD 21702.**
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Todos los niños en hogares recibiendo beneficios del programa de suplemento de alimentos (FSP) o asistencia temporal de dinero en efectivo (TCA) pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratis si su ingreso bruto de está dentro de los límites de la elegibilidad de ingresos federales gratis.
3. **¿puede fomentar CHIDLREN recibir comidas gratis?** Sí. Niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal, o agencia de cuidado de crianza son elegibles para las comidas gratis. Cualquier niño en el hogar es elegible para comidas gratis independientemente de los ingresos.
4. **PUEDEN DESAMPARADOS, MIGRANTE, FUGITIVO Y HEADSTART NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Sí. Si **no** has sido dijo que su hijo reciba las comidas escolares gratis este año, completar la solicitud. También puede llamar a tu consejero escolar, enlace de la comunidad o sin hogar Coordinador para preguntar sobre beneficios.
5. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO?** Sus hijos pueden recibir comidas bajo costos si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido de la elegibilidad de ingresos federales.
6. **¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICHIENDO MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS?** NO, NO NECESITAS COMPLETAR UNA APLICACIÓN. LLAME AL 301-644-5061 SI USTED TIENE PREGUNTAS.
7. **APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADO EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRO?** Sí. Su hijo aplicación sólo sirve para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe presentar una nueva solicitud a menos que tú eras dijo que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
8. **CONSIGO WIC. PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles, basado en ingresos para comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una aplicación.
9. **SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE DOY?** Sí, su información puede revisarse y pediremos para prueba escrita que.
10. **SI NO CALIFICO AHORA PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE?** Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar.
11. **QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN SOBRE MI SOLICITUD?** Puede comunicarse con alimentación y nutrición Servicios, 301-644-5061 o Food.Service@FCPS.org. Usted también puede pedir una audiencia llamando o escribiendo a: **Leslie Pellegrino, Chief Financial Officer, FCPS, 33 Thomas Johnson Dr., Frederick, MD 21702, teléfono 301-644-5061.**
12. **PUEDO SOLICITAR SI HAY ALGUIEN EN MI HOGAR NO CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** Sí. Usted o su niño no tiene que ser U.S. ciudadanos para calificar de forma gratuita o comidas a precio reducido.
13. **QUE DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA?** Su hogar incluye todos los que viven como una unidad económica, relacionados o no (como abuelos, otros parientes, hijos adoptivos o amigos).
14. **QUÉ PASA SI MIS INGRESOS SON NO SIEMPRE LO MISMO?** Lista de la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente haces \$1000 cada mes, pero te perdiste algún trabajo el mes pasado y sólo hizo \$900, deja que hizo \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe horas extras, incluyen, pero no la incluimos si sólo trabaja horas extras a veces.
15. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. INCLUIMOS EL SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESOS?** Si tienes un subsidio de vivienda fuera de la base, debe ser incluido como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingresos.
16. **MY CÓNYUGE SE IMPLEMENTA EN UN COMBATE ZONA ES SU PAGA DE COMBATE CUENTAN COMO INGRESOS?** No, si la paga de combate es **en adición** al salario básico por despliegue, y no fue recibido antes de que fueron desplegados, paga de combate no cuenta como ingreso.
17. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTEN OTROS PROGRAMAS QUE PODRÍAMOS APLICAR PARA?** Para información y referencia para el programa de suplemento de comida, asistencia temporal en efectivo y programas médicos llaman al 1-800-332-6347. Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a **301-644-5061.**

Atentamente,

Robert D. Kelly

Robert D. Kelly, Sr. Manager

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Para solicitar las comidas gratis o a precio reducido, complete el formulario usando las instrucciones siguientes. Firmar el formulario y devolverlo a la escuela o de alimentos y servicios de nutrición. Si usted necesita ayuda, llame a **301-644-5061**.

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - COMPLETAN TODOS LOS HOGARES

Indique el nombre de child(ren's), grado y la escuela. Indicar si un niño adoptivo marcando la casilla. Si todos los niños son hijos de crianza, vaya a Parte 5.

PARTE 2 – NÚMERO DE CASO

Si **cualquier** miembro de su familia recibe beneficios del programa de suplemento de alimentos (FSP) o asistencia temporal de dinero en efectivo (TCA), escriba el número de caso y saltar a la parte 5.

Parte 3 – Desamparados, migrantes, fugitivo o niños HEADSTART

1. Marque la casilla si hijos usted solicita son indigentes, fugitivo o migrantes.
2. Si usted tiene **no** sido dijo que su hijo obtendrá las comidas escolares gratis este año, completar la solicitud. También puede llamar a su **escuela, enlace de la comunidad o sin hogar Coordinador** para preguntar sobre beneficios.

PARTE 4 – NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Y EL INGRESO BRUTO

1. Lista el nombre y apellido de cada uno en su casa, si reciben ingresos o no. Su familia incluye a todos los que viven como una unidad económica. Incluirse, todos los niños que viven con usted, incluyendo hijos adoptivos y cualquier otra persona viviendo en su hogar, relación o no, cada tipo de ingreso recibido el mes pasado y con qué frecuencia se recibe, a menos que un número FSP o TCA fue proporcionado en la segunda parte de un miembro de la familia, o si la aplicación es sólo para niños de crianza de la lista. Usted debe indicar cuánto (en dólares y centavos) y con qué frecuencia recibido (semanalmente, cada dos semana, dos veces un mes o mensualmente). **Si un miembro de su hogar tiene ingresos — Marque la casilla sin ingresos en la última columna.**
2. Informe todos los ingresos como **ingresos brutos**, excepto como se indica. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esto no es lo mismo que paga. Para negocios auto-propiedad, granja o ingresos por alquiler, reportar el ingreso como **utilidad neta**.
3. Si usted está en la iniciativa de privatización vivienda militar, no incluyen el subsidio de vivienda como ingresos. No incluyen el combate pago.

PARTE 5 – FIRMA Y LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO - COMPLETAN TODOS LOS HOGARES

1. Todas las formas deben tener la firma de un miembro adulto del hogar.
2. El formulario debe tener los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma a menos que el adulto no tiene un número de Seguro Social. Si lo hace el adulto **no** tiene un número de Seguro Social, marque la casilla. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si aparece un número de expediente FSP o TCA, o si usted está solicitando solamente niños adoptivos.

PARTE 6 – IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA

1. no se requiere para responder a esta pregunta para obtener los beneficios de la comida. Esta información ayudará a asegurar que todo el mundo es tratado justamente.

PARTE 7 – COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

1. Marque las casillas para indicar su preferencia por compartir o no compartir información con los programas indicados. Tu decisión no va a cambiar si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido.

Eligibilidad de ingresos federales

Tamaño del hogar	Año	Mes	Semana
1	\$22,459	\$1,872	\$432
2	30,451	2,538	586
3	38,443	3,204	704
4	46,435	3,870	893
5	54,427	4,536	1,047
6	62,419	5,202	1,201
7	70,411	5,868	1,355
8	78,403	6,534	1,508
Para cada miembro adicional de la familia añadida:	\$7,992	\$666	\$154

La ley Richard B. Russell nacional escuela almuerzo requiere la información en esta solicitud. No tienes que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social de la adulto miembro del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son necesarios cuando usted está solicitando solamente para los niños adoptivos, o lista de un programa de suplemento de alimentos o número de caso asistencia temporal en efectivo, o cuando usted indica que el adulto miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con educación, salud y programas de nutrición para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditoría...

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 QUEJA 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](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; 0

CORREO ELECTRÓNICO: PROGRAM.INTAKE@USDA.GOV. ESTA INSTITUCIÓN APLICA EL PRINCIPIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

SOLICITUD DE BENEFICIO DE COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Año escolar 2018-2019 Complete toda la información de este formulario. **Retire la hoja cubierta de instrucciones.** Firmar y devolver el formulario a la escuela.
Para ayuda, llame al 301-644-5061.

PARTE 1 - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

PARTE 2 - NÚMERO DE CASO

Nombre (s)	Check (✓) si hijo adoptivo Si aparecen <u>todos</u> los niños son hijos de crianza, vaya a la parte 5.	Grado	Escuela	Si procede, dar programa de suplemento de comida o asistencia temporal en efectivo caso número para <u>cualquier</u> miembro de la familia.
1.				Si se ha completado, saltar a la parte 5. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social son <u>no</u> necesarios.
2.				
3.				
4.				

PARTE 3 - SI USTED ESTÁ SOLICITANDO PARA CUALQUIER NIÑO ES DESAMPARADOS, MIGRANTE O UN FUGITIVO, MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y LLAME A SU ESCUELA, COMUNIDAD ENLACE COORDINADOR SIN HOGAR O. SIN HOGAR MIGRANTES RUNAWAY HEADSTART

PARTE 4 - HOGAR MIEMBROS E INGRESO BRUTO. Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

LISTA DE NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Incluyen el estudiante nombrado arriba.	Ganancias del trabajo (antes de deducciones) ¿Con qué frecuencia ingresos	INGRESOS ADICIONALES Manutención de los hijos, pensión alimenticia, TCA, pensiones, jubilación, Seguridad Social, beneficios de SSI, VA ¿Con qué frecuencia ingresos	TODOS LOS DEMÁS QUENGRESOS ¿Con qué frecuencia ingresos	Cdiablo si NO ingresos
1.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>
2.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>
3.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>
4.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>
5.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>
6.	\$.	\$.	\$.	<input type="checkbox"/>

PARTE 5 – FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud. **4 parte si se ha completado, el adulto firmando la lista de forma que los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o cheque (✓) el recuadro "No tiene un SSN".**

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se divulgan (promesa). Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (cheque) la información. Yo entiendo que si doy deliberadamente información falsa, mis hijos pueden perder beneficios de comida, y puede ser procesado.

Sign here: _____ Print name: _____ Date: _____

Address: _____ Phone Number: _____ Cell Number: _____

Ciudad: ___ estado: Código postal ___: ___ número de Seguro Social: **XXX-XX-** ___ ___ No tengo un SSN

IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES PARTE 6 - NIÑOS (OPCIONAL)

<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Seleccione uno o más (independientemente del origen étnico): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
---	---

PA RT 7- Compartir información con otros programas

El estatus de elegibilidad de sus hijos puede ser utilizado para otros autorizados propósitos, compartidos con los locales funcionarios del título I y utilizados para análisis National Assessment of Educational Progress. Tu familia también puede ser elegible para recibir beneficios bajo el programa de suplemento de alimentos (FSP) o las mujeres, infantes y niños (WIC) programa.

a compartir su información con estos programas, **debemos tener su permiso.** Su decisión no cambiará si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido. Si quieres información compartida con FSP o WIC, consulte () (✓) el sí de la caja por debajo. Usted podrá ser contactado acerca de presentar una solicitud para el FSP o WIC.

Sí, quiero la información compartida de la libre y la solicitud de beneficio de comidas de precios reducidos con FSP o WIC

Niños que son elegibles para comidas escolares gratis o a precio reducido también pueden ser capaces de obtener seguro de salud gratis o de bajo costo a través de Medicaid o el programa de seguro de salud (MCHIP infantil MD).

La ley nos permite informar a Medicaid y MCHIP que sus hijos son elegibles para libre o comidas a precio reducción si dices que no. Su decisión no cambiará si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido. Si lo haces **no** quieren información compartida con Medicaid o MCHIP, consulte () (✓) núm.

D O NO LLENE ESTA PARTE. UTILIZAR SOLAMENTE PARA ESCUELA.

Conversión de ingresos anual: Semanales x 52 cada 2 semanas x 26 dos veces al mes x 24 mensuales x 12

Ingresos totales: \$ ___ por: Semana Cada 2 semanas Dos veces al mes Mes Tamaño de hogar año: ___ Fecha de retirada: ___

Elegibilidad: Libre ___ (categóricamente elegibles: ___) reducido negó ___ motivo: ___

Determinar la firma del funcionario: ___ Fecha: ___

Confirmando la firma del funcionario: ___ Fecha: ___

Verificación de la firma del funcionario: ___ Fecha: ___