



Estimado padre de familia/tutor legal:

1 de julio, 2018

*Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. El Distrito Escolar de Salem-Keizer ofrece comidas nutritivas a los estudiantes todos los días escolares. El precio del desayuno en las escuelas primarias es \$1.15 y el precio del desayuno en las secundarias es \$1.25; el precio del almuerzo en las escuelas primarias es \$2.50 y el precio del almuerzo en las escuelas secundarias es \$2.90. Sus niños podrían ser elegibles para comidas gratis o de precio reducido. Para los estudiantes que tengan derecho al programa de precio reducido, el desayuno y el almuerzo son gratis.*

1. **¿Debo rellenar 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 recibí 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 rellenar una solicitud para cada niño?** No. Use una solicitud para comidas gratis o de precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Cerciérese de rellenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar una solicitud incompleta. **Devuelva la solicitud completa a: Food & Nutrition Services; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
3. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Los 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 (FDPRI, 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 vivienda, 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 son elegibles, 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 su almuerzo 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 rellenando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Por favor rellene una solicitud.
9. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe un documento de comprobante de la información provista.
10. **Si yo no soy elegible ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar.
11. **¿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, Director General de Operaciones para Negocios y Servicios de Apoyo; 3625 Fairview Ind. Dr. SE; Salem, Oregon 97302.**
12. **¿Puedo solicitar, aunque alguien en mi hogar no es ciudadano de Estados Unidos?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o de precio reducido.
13. **¿A quiénes tengo que incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que viven 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.
14. **¿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 debe incluir esa cantidad, pero no es necesario añadir esa cantidad si sólo trabaja ocasionalmente horas extras.
15. **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 de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (Military Housing Privatization Initiative) no incluya el subsidio para vivienda como ingresos.
16. **Mi cónyuge ha sido enviado a una zona de combate. ¿Se cuenta el pago de combate como ingresos?** Los ingresos de combate son excluidos si se recibe adicionalmente el pago básico del miembro en servicio; debido al despliegue del miembro en servicio, y el miembro en servicio no la recibió antes de su despliegue.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas en los que podamos participar?** Para saber cómo solicitar **Oregon SNAP** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local o llamen al 2-1-1- o 1-800-SAFENET (723-3638). Para ayuda con alimentos llame al 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY). Durante el verano, envíe un mensaje de texto, "FOOD" al 877877 o consulte la página web para las opciones de alimentos gratis durante el verano en su área: **www.Summerfoodoregon.org** Si tiene más preguntas, por favor llame a **Terri Tucker al 503-399-3169.**

Atentamente, Mac Lary, Director de Servicios Alimenticios

## INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD

**Las familias que reciben beneficios de Programas de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP), o TANF deben hacer lo siguiente:**

**1ª parte:** Rellene la información de las personas que viven en su hogar

**2ª parte:** Escriba el nombre de su niño/a, nombre de la escuela, grado 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:** Deje esta parte en blanco.

**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:** Rellene la información de las personas que viven en su hogar.

**2ª parte:** Escriba el nombre de su niño/a, nombre de la escuela, grado 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:** Deje esta parte en blanco.

**4ª parte:** Deje esta parte en blanco.

**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.

     rellene 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".

**PARA TODOS LOS DEMÁS, incluyendo las familias que reciben WIC, siga estas instrucciones:**

**1ª parte:** Rellene la información de las personas que viven en su hogar.

**2ª parte:** Escriba el nombre de su niño/a, nombre de la escuela, grado, fecha de nacimiento del niño(s) y marque la casilla si son niños bajo tutela temporal.

**3ª parte:** Deje esta parte en blanco.

**4ª parte: Siga estas instrucciones para informar el total de los ingresos 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 escriba 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 la cantidad de ingreso bruto que ganó cada persona en el trabajo.* Esto no es lo mismo que la cantidad de los ingresos que se lleva a casa. **El ingreso bruto es la cifra antes de deducir los impuestos y otras deducciones.** Esta cifra comúnmente se encuentra en su talonario de pago o puede pedirle esta información a su jefe. Si en su lugar de empleo le pagan 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 de asistencia social, manutención infantil y pensión compensatoria.

**4ª columna –** Escriba la cifra que recibió cada persona el mes pasado de pensiones, jubilación y seguro social.

**5ª columna –** Escriba la cifra que recibió cada persona el mes pasado de 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.

Informe el ingreso neto de negocios propias o granjas o ingresos de alquiler. 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.

**Distrito Escolar de Salem- Keizer**

Devolver a: Salem-Keizer Food and Nutrition Office, 3625 Fairview Industrial Dr. SE Salem, OR 97302

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LAS COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** rellene este formulario.
- Consulte las **Instrucciones para rellenar la solicitud** al dorso de la página.
- \*Requerido en todas las solicitudes; \*\*Requerido en la porción de los ingresos en el formulario; \*\*\*Requerido en la solicitud de SNAP

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR\*** Escriba en letra de molde el nombre de la persona que rellenará esta solicitud (apellido, primer nombre)

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico del hogar o teléfono móvil, número telefónico de su lugar de empleo (trace un círculo alrededor de una de las opciones de número de teléfono) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

→ Cantidad de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de **todos** los que viven en el 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)	Marque la casilla si es un niño bajo tutela temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si alguna persona en el hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, proporcione el nombre y número de caso de la persona en el hogar que recibe los beneficios.

Nombre \*\*\*  SNAP  TANF Número de caso\*\*\* \_\_\_\_\_ Continuar en la 5ª parte

¿Reciben en el hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí (Continuar y rellenar la 5ª parte)

**4 PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR Y EL INGRESO MENSUAL BRUTO\*\* – si el ingreso no es mensual, vea las conversiones al dorso de la página**

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Escriba el nombre de <b>todas</b> las personas viviendo en el hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No debe incluir a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (apellido, primer nombre)	INGRESO MENSUAL (cantidad total de salario y sueldos antes de deducciones)	Cantidad mensual total de manutención infantil, asistencia social, pensión compensatoria	Cantidad mensual total de pensiones, seguro social, jubilación	OTROS INGRESOS MENSUALES, lo cual incluye el seguro de desempleo Y compensación laboral	Marque la casilla si no tiene ingresos
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA y los 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 yo 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\* X \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \*\* (Consulte la declaración de privacidad al dorso de esta página) XXX-XX-\_\_\_\_

No tengo un número de Seguro Social\*\*

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica:  Hispano o latino  No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Indígena americano y nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  Blanco, no de origen hispano  Otro

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 un seguro de salud privado, ni de Oregon Health Plan/Healthy Kids. Me interesaría un seguro de salud libre o de precio reducido 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:  SNAP/TANF/FDPIR  Foster child categorical  household income

Reduced based on:  household income

Denied – Reason:  income too high  incomplete application

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Instrucciones para rellenar la solicitud

- Si en su hogar reciben **SNAP, TANF o FDPIR**, rellene la parte 1, 2, 3 y 5; es opcional rellenar la parte 6 y 7.
- Si no reciben estos beneficios y sus **ingresos son menos** de la cantidad correspondiente en las pautas de la tabla en la porción inferior de esta página, rellene la parte 1, 2, 4 y 5; es opcional rellenar la parte 6 y 7.
- Si en su hogar se hospeda un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORAL**, rellene la parte 1, 2, 4 y 5; es opcional rellenar la parte 6 y 7. *Si deja en una sección de los ingresos en blanco será contada como cero. Si deja estos alguna parte de la sección de los ingresos en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.*

### CÓMO DETERMINAR LA CANTIDAD MENSUAL DE LOS INGRESOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informar el **ingreso mensual** de cada una de las personas que viven en el hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión compensatoria, pensiones, jubilación, seguro social o cualquier otra fuente. No debe incluir los préstamos estudiantiles/escolares.

Las personas que viven en el hogar que no cobran mensualmente deben aplicar la información siguiente para determinar la cantidad de los ingresos mensuales:

**Personas que viven en el hogar y cobran cada semana:** Multiplique por 52 la cantidad total de los salarios y ganancias de un periodo de pago antes de las deducciones. Luego divida el resultado por 12 y la cifra final es el total de sus ingresos mensuales.

**Personas que viven en el hogar y cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 la cantidad total de los salarios y ganancias de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12 y la cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Personas que viven en el hogar y cobran 2 veces por mes:** Multiplique por 24 la cantidad total de los salarios y ganancias de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12 y la cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Personas que viven en el hogar y 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 total de su hogar cae dentro de los límites de las cifras de esta tabla.

Cantidad de personas que viven en el hogar	<b>Comidas a precio reducido</b>				
	Anual	Mensualmente	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanalmente
-1-	22,459	1,872	936	864	432
-2-	30,451	2,538	1,269	1,172	586
-3-	38,443	3,204	1,602	1,479	740
-4-	46,435	3,870	1,935	1,786	893
-5-	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
-6-	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
-7-	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
-8-	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Para cada persona adicional en la familia debe añadir	7,992	666	333	308	154

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL y OTRA INFORMACIÓN

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 es obligatorio proporcionar 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 niño bajo tutela temporal o si provee un número de caso del programa *Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)*, por sus siglas en inglés), *Temporary Assistance for Needy Families (TANF)*, por sus siglas en inglés), *Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)*, por sus siglas en inglés), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y también 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 de precio reducido, y para la administración y ejecución de 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*, por sus siglas en inglés), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar a los que reúnen los requisitos y se intentará inscribirlos en *Medicaid* o *SCHIP*.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

En 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 los 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 necesiten 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 aparte de inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación, rellene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible por internet 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 bien escriba una carta dirigida al *USDA* y debe incluir 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](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.