



INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

*Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido, y
Formulario de Verificación, – Formato Largo, Un Niño*

Este paquete contiene:

Información Requerida que tiene que darse a los hogares:

- Carta para los Hogares
- Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Material Opcional relacionado con la solicitud que puede ser provisto a los hogares:

- Página Portada
- Respuestas a Otras Preguntas que Pueda Tener Acerca del Proceso de Solicitud
- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Material Informativo sobre Verificación de Elegibilidad:

- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación
- Hoja de Control de Verificación para Uso de la Escuela

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½” por 11”. Algunas páginas pueden imprimirse al revés y al derecho. Usted necesitará identificar los beneficios ofrecidos en su escuela tales como meriendas después de clases.

[Corchetes en negro] indican el lugar donde usted necesita añadir la información específica de su distrito escolar. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP), o si es necesario, añadir el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), usted tendrá que añadir esta información apropiadamente. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

[State agency address]



**Almuerzo, Desayuno y
Meriendas despues de la Escuela**

[Insert School District Letterhead]

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **[Name of School]** ofrece comidas nutritivas todos los días de escuela. El desayuno tiene un precio de **[\$]**; el almuerzo **[\$]**. Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **[\$]** para el desayuno y **[\$]** para el almuerzo.

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, favor de usar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido la cual está incluida en el paquete. Nosotros no podemos aprobar una solicitud incompleta, así es que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Envíe la solicitud completa a: [name, address, phone number].**

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que podrías tener en el proceso de solicitud:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF (Asistencia Provisional para Familias Necesitadas) y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido.
2. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que mande prueba escrita de la información provista.
3. **¿Qué pasa si yo dejo de recibir Cupones para Alimentos o TANF?** Si su niño(a) califica debido a que usted anotó un número de caso de Cupones para Alimentos o TANF, usted tiene que decirle a la escuela cuando usted ya no reciba Cupones para Alimentos o TANF.
4. **¿Qué pasa si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos?** Si su niño(a) califica para comidas gratis o a precio reducido basado en sus ingresos, usted tiene que decirnos si el tamaño de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de \$50 mensuales (\$600 anuales). Llámenos al **[phone number]**. Usted no tendrá que llenar otra solicitud.
5. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar después?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.
6. **¿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. Usted también podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number]**.

*Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al teléfono: **[phone number]**.*

Sinceramente,

[signature]

Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS			
Para el Año Escolar _____			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos brinde.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud, a no ser que se anote el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF para el hijo(a) para el cual está solicitando, o si usted está solicitando para un menor bajo la supervisión de servicios sociales. Usted tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el miembro adulto del hogar firmando la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros USAREMOS su información para evaluar si su hijo(a) califica para comidas gratis o de precio reducido, para desarrollar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos COMPARTIR su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores para revisar programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O DE PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niño(a) en la Escuela (Todos tienen que llenar esta parte)

Usted tiene que escribir el nombre del niño(a) que asiste a la escuela. Escriba el nombre de la escuela, grado y número de caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe). Use una solicitud para cada niño bajo su cuidado o custodia.

Nombre del niño(a) en la escuela (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Número del Caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe)

Si usted escribió un número de caso del Programa de Cupones para Alimentos/TANF para SU niño(a) siga en la Parte 4.

Parte 2. Menor bajo la supervisión de servicios sociales (Llene esta parte solamente si esta solicitud es para un menor supervisado por servicios sociales)

Si esta solicitud es para un niño el cual es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o corte legal, escriba la cantidad del ingreso mensual personal del niño: \$ _____ Ahora pase a la Parte

4.

Parte 3. Ingreso Total del Hogar del Mes Pasado (Llene ésta parte solamente si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF y si esta solicitud no es para un menor bajo la supervisión de servicios sociales.)

Siga las instrucciones cuidadosamente para reportar el ingreso del hogar del mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y el apellido de **cada** persona que vive en su hogar, sean miembros de la familia o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a su niño(a). Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Escriba los tipos de ingreso que su hogar recibió el mes pasado y cuantas veces lo recibió. *Ingresos de empleo:* Escriba el **ingreso total** que cada persona ganó el mes pasado, **O** el ingreso mensual usual de cada persona. Esta cantidad no es la misma cantidad que usted lleva a casa. **Ingreso total es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** Deberá aparecer en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Adjunto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente).

Por ejemplo si la cantidad de su cheque antes de las deducciones es \$300, escriba:

- \$300/mensualmente si se le paga una vez al mes
- \$300/dos veces al mes si le pagan *dos veces al mes* (ya sea el 1 o el 15 del mes)
- \$300/cada otra semana si le pagan *cada dos semanas* (es decir, cada 14 días)
- \$300/semanales si le pagan *cada semana*

Otros Ingresos: Anote el total de la cantidad que cada persona recibió de cualquier otro origen, tal como asistencia de beneficios sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Compensación de Trabajo, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA), beneficios para incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por **ser** dueño de negocios propios, si recibe algún subsidio agrícola o algún otro ingreso de renta. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.

Columna 3– Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

1. Nombre (Anote a todos en su hogar)	2. Ingresos del mes pasado y cuántas veces fue recibido <i>Ejemplo: \$100/mensuales \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si NO hay ingresos
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Asistencia de Beneficios Sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
<i>((Ejemplo) Maria Cortes</i>	\$200/semanal	\$150/semanal	\$100/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"/>

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. (Si la solicitud incluye el número del caso del Programa de Cupones para Alimentos o TANF, o si el menor está bajo la supervisión de servicios sociales, un Número de Seguro Social no es necesario). Si no posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mi niño(a) podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: X _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial del niño (opcional)

(Usted no tiene que responder pero nos ayudaría a asegurarnos que todos son tratados de forma equitativa.)

Marque una o mas de las identidades raciales

- Asiático
- De raza Negra o Afro-Americano
- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Hawaiano o de Otra Isla del Pacífico
- Blanco

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Envíe esta solicitud a [name and address].

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ____ FS/TANF: ____ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason: _____

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

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

RESPUESTAS A OTRAS PREGUNTAS QUE PUEDA TENER ACERCA DEL PROCESO DE SOLICITUD

- 1. ¿Tengo que llenar esta solicitud?** No. Usted no tiene que llenar esta solicitud a menos que quiera solicitar para comidas gratis o a precio reducido para su niño(a).
- 2. ¿Tengo que llenar una solicitud si he recibido una carta en este año escolar diciendo que mi niño(a) ha sido aprobado para recibir comidas gratis o a precio reducido?** Por favor lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al [phone number] si todavía tiene preguntas.
- 3. ¿Quién puede solicitar?** Usted puede solicitar por cualquier niño en su casa que asista a una escuela que sirve comidas bajo el Programa Nacional de Almuerzo Escolar o el Programa de Desayuno Escolar.
- 4. ¿Puedo solicitar si alguien dentro de mi hogar no es ciudadano Americano?** Sí. Usted no tiene que ser ciudadano Americano para calificar para comidas gratis o a precio reducido.
- 5. ¿Será mi niño(a) tratado(a) diferentemente porque él o ella recibe comidas gratis o a precio reducido?** No. Su niño(a) no será identificado(a) o tratado(a) diferentemente de otros niños que pagan precio completo por sus comidas.
- 6. ¿Qué pasa si algunos de mis niños reciben Cupones para Alimentos o TANF y otros no?** En la Parte 1 de la solicitud, anote los números de casos de Cupones para Alimentos o TANF para aquellos niños que lo reciben. Llene la Parte 3 dando los nombres de todos los miembros de su hogar y el ingreso que cada uno recibió el mes pasado. Bajo "Ingresos" incluya los pagos de TANF que su hogar recibe pero no el valor de los Cupones para Alimentos. Firme la solicitud y dé su Número de Seguro Social.
- 7. ¿Si yo ya no recibo Cupones para Alimentos o TANF puedo escribir mi número de caso anterior?** No. Solamente el número del caso activo de Cupones para Alimentos puede ser usado.
- 8. ¿Puedo usar mi número EBT para recibir comidas gratis?** No. Usted tiene que usar el número de caso de Cupones para Alimentos actual. Llame al respectivo trabajador de caso si usted no sabe su número.
- 9. ¿A quiénes puedo incluir como miembros de mi hogar?** Usted tiene que incluir a todas las personas que viven en su casa, familiares o no (tales como abuelos, otros familiares o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a todos los niños.
- 10. ¿Qué pasa si mis ingresos del mes pasado fueron más o menos que lo normal?** Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 cada mes pero usted dejó de trabajar algunos días el mes pasado y solamente recibió \$900, escriba \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe pago por extra tiempo, inclúyalo pero no lo haga si solamente lo recibe algunas veces.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre/Encargado:

Si su niño(a) recibe comidas gratis o a precio reducido, él o ella también podría recibir seguro médico gratis o de bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que su niño(a) califica para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.**

Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a su hijo(a) (El hecho de llenar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a su hijo(a) para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y mándela (El mandar esta forma no cambiará el que su hijo(a) reciba comidas gratis o de precio reducido).

-
- Sí. Yo **QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid y El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó Sí, deténgase aquí. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Nosotros compartiremos la información automáticamente.

- No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó No, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre o Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____ Domicilio: _____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Regrese esta forma a: [address] antes de [date].

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podría calificar su niño(a). **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que su niño(a) reciba comidas gratis o a precio reducido.**

- No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aquí si marcó No. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Su información no será compartida.

- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Domicilio: _____

Para mas información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Mande esta forma a: [address] antes de [date].

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido ha sido seleccionada para ser verificada. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente niños elegibles obtienen comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que prueba que **[name of child]** es elegible.

Envíe uno de los siguientes:

1. Prueba de que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su hijo o hija. La sección 2 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar. Vea la sección 1 en el caso de niños bajo la supervisión de Servicios Sociales.

O:

2. Nombre y Número de Seguro Social* de cada uno de los miembros adultos del hogar y prueba del ingreso actual de su hogar. La sección 3 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar.

Si es posible, envíe copias y no documentos originales. Si usted envía los originales estos serán devueltos si usted nos lo pide.

Usted tiene que enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Envíe la información a: [address]

Si tiene preguntas o necesita ayuda por favor llame a [name] al [phone].

Sinceramente,

[signature]

***Declaración del Acta de Privacidad:** Usted tiene que dar su Número de Seguro Social de cada miembro adulto del hogar o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social". Esto es requisito de la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. Nosotros podríamos usar el Número de Seguro Social para verificar la información que nos dió acerca del ingreso de su hogar. Usted no tiene que dar su número de Seguro Social o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social", pero si no lo da, su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

INFORMACIÓN QUE NOS TIENE QUE ENVIAR

1. Si usted tiene un menor bajo la supervisión de servicios sociales:

Mándenos documentos oficiales de la agencia que patrocina al niño(a).

2. Si usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a), envíe una copia de uno de los documentos siguientes:

- Carta de Certificación de Cupones para Alimentos o TANF mostrando las fechas de certificación.
- Carta de la Oficina de Cupones para Alimentos o de la Oficina de Bienestar Social donde diga que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF.
- Tarjeta ATP (Autorización para Participar) con la fecha de expiración. (No envíe su tarjeta EBT).
Si usted *ya no recibe* Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a) y quiere saber si su niño(a) puede seguir recibiendo comidas gratis o a precio reducido:
 - A. Complete otra Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con información de ingresos de todos en su hogar.
 - B. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo o en otra hoja de papel, y
 - C. Mande comprobantes de pago u otros papeles los cuales muestren el ingreso actual de su hogar.

3. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a):

A. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo.

Nombre	Número de Seguro Social (Véase Declaración del Acta de Privacidad, p1)	Sin Número de Seguro Social
_____	___ - ___ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/>
_____	___ - ___ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/>
_____	___ - ___ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/>
_____	___ - ___ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/>
_____	___ - ___ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/>

B. Mande ésta página junto con papeles que muestren la cantidad de dinero que su hogar obtuvo el mes pasado, de cada uno de los orígenes de ingreso.

Los papeles que usted envíe deben de mostrar el **nombre** de la persona que recibe el ingreso, la **fecha** en la cual fue recibido, **cuanto** recibió, y con **cuanta frecuencia** se recibió.

Entre los papeles admisibles, se incluyen:

Trabajos: Talonario de cheques actuales o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o papeles de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.

Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta del premio jubilatorio.

Desempleo, Incapacidad, o Compensación de Trabajo: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de la compensación de trabajo.

Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.

Ayuda Infantil o Asistencia por Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia, cómo se recibe y la fecha en que se recibió.

Ningún ingreso: Una nota breve explicando cómo usted provee comida, vestimenta y techo para su hogar y cuando usted espera obtener un ingreso.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos mandó para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decidido que:

- El estado de elegibilidad de su niño(a) no ha cambiado.
- A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Su niño(a) recibirá comidas sin costo alguno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre \$50 por mes (\$600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.
- A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre \$50 por mes (\$600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.
- A partir de **[date]**, **su niño(a) ya no será elegible** para recibir comidas gratis o de precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):

- ___ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
- ___ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
- ___ Usted no proveyó: _____
- ___ Usted no respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar baja o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga si usted decide solicitar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** su niño(a) continuará recibiendo comidas gratis o a precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sinceramente,

[signature]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

HOJA DE CONTROL DE VERIFICACIÓN PARA USO DE LA ESCUELA

Fecha en la cual se envió la Carta de Verificación: _____

Fecha límite para que el hogar responda: _____

Fecha cuando se envió segunda carta (o N/A): _____

Aprobación basada en:

Número de caso de Cupones para Alimentos/TANF

Tamaño del Hogar e Ingresos

Resultado de la Verificación:

Ningún Cambio

De Gratis a Reducido

De Gratis a Pagado

De Reducido a Gratis

De Reducido a Pagado

Razón para el Cambio:

Ingresos: _____

Tamaño del Hogar: _____

Cambio en Cupones para Alimentos/TANF

No respondió

Otro: _____

Fecha en la cual se mandó la Noticia de Cambio: _____

Fecha en la cual se hizo el cambio: _____

Fecha para una audiencia: _____

Decisión de la audiencia: _____

Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____