

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

| CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS para el año escolar SY 2015-16 | | | |
|---|--------|---------|---------|
| Tamaño de la unidad familiar | Anual | Mensual | Semanal |
| 1 | 21,775 | 1,815 | 419 |
| 2 | 29,471 | 2,456 | 567 |
| 3 | 37,167 | 3,098 | 715 |
| 4 | 44,863 | 3,739 | 863 |
| 5 | 52,559 | 4,380 | 1,011 |
| 6 | 60,255 | 5,022 | 1,159 |
| 7 | 67,951 | 5,663 | 1,307 |
| 8 | 75,647 | 6,304 | 1,455 |
| Cada persona adicional: | 7,696 | 642 | 148 |

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 tiene que darnos 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 hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco 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 a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE **CUPONES PARA ALIMENTOS (SNAP) O PROGRAMA DE FAMILIA DE EMPLEO DE UTAH (FEP) O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE COMIDA EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Anote todos los miembros de su hogar y nombres de las escuela de cada niño en el hogar.

Parte 2: Anote el número de caso de SNAP, FEP, y FDPIR de cualquier miembro del hogar que recibe estos beneficios.

Parte 3 y 4: Omitir esta parte.

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro número del Seguro Social **no** son necesarios.

SI NADIE EN SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O FEP O FDPIR Y SI ALGUNO DE LOS NIÑOS EN SU CASA SON **NIÑOS SIN HOGAR, NIÑOS QUE ESCAPARON DE SU HOGAR Y NIÑOS EMIGRANTES** SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Anote todos los miembros de su hogar y nombres de las escuela de cada niño en el hogar.

Parte 2: Omitir esta parte.

Parte 3: Si está completando la solicitud para algún niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar marque la casilla apropiada y llame al coordinador. El nombre y teléfono del coordinador aparecen en la carta enviada con esta aplicación.

Parte 4: Complete solamente si algún niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 3. Ver instrucciones para todos los otros hogares.

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro número del Seguro Social **no** son necesarios, si no tuvo que llenar Parte 4.

SI ESTÁ APLICANDO PARA **NIÑOS DE CRIANZA**, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES

Si todos los niños en el hogar son de crianza:

Parte 1: Anote los nombres de los niños de crianza y nombre de la escuela, marque la casilla apropiada de niños de crianza.

Parte 2, 3 y 4: Omitir esta parte

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro números del Seguro Social **no** son necesarios.

Si solamente algunos de los niños son de crianza temporal en el hogar:

Parte 1: Anote todos los miembros que viven en el hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona, incluyendo niños sin ingreso, marque la casilla de no ingresos Marque la casilla si el niño/a es de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene número de caso omite esta parte.

Parte 3: Si algún niño que está aplicando no tiene hogar, emigrante o escaparon del hogar marque la casilla y nombre al coordinador de la persona sin hogar. El nombre y el número del coordinador aparecen en la carta enviada con esta aplicación. Si no tiene esa información omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar los ingresos de este mes o el mes pasado.

- **Casilla 1- Nombre:** Anote todos los miembros con ingreso en su hogar.
- **Casilla 2 – Ingresos Bruto y cuantas veces fue recibido:** Por cada miembro en su hogar apunte que tipo de ingreso fue recibido mensual. Qué frecuencia recibe el dinero, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. Para ganancias por favor anote el **ingreso**, cantidad ganada antes de los impuestos y otras deducciones. Por otros ingresos, anote la cantidad que cada persona que recibió en el mes, de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario beneficios de veteranos y beneficios de incapacitados. Anote en *otros ingresos*, compensación del trabajador, desempleo beneficios de huelga, contribución de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluir ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales para educación, pagos de crianza que la familia recibió de la agencia de colocación. Si son **trabajadores por cuenta propia** reportar los gasto/costos bajo la ganancia del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la **Iniciativa de vivienda militar privatizada** o recibe pago por combate, no tiene que incluir ese ingreso.

Parte 5: Miembros adultos del hogar deben de firmar la solicitud y listar los últimos cuatro números de su seguro social. (o marque la casilla si no tiene uno)

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote todos los miembros que viven en el hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona, incluyendo niños sin ingreso, marque la casilla de no ingresos.

Parte 2: Si el hogar no tiene número de caso omite esta parte.

Parte 3: Si algún niño que está aplicando no tiene hogar, emigrante o escaparon del hogar marque la casilla y nombre al coordinador de la persona sin hogar. El nombre y el número del coordinador aparecen en la carta enviada con esta aplicación. Si no tiene esa información omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia de este mes o del mes pasado.

Casilla 1- Nombre: Anote el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en su hogar que reciben ingresos si no tienen ingresos marque la casilla de no ingresos

Casilla 2- Ingresos Bruto y cuantas veces fue recibido: Ver Parte 4 arriba casilla 2 para más información.

Parte 5: Miembros adultos del hogar deben de firmar la solicitud y listar los últimos cuatro números de su seguro social. (o marque la casilla si no tiene uno).

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

| PARTE 1. Niños | | | | | PARTE 2. |
|---|----------------------|--------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nombres de todos los niños (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido) | Nombre de la Escuela | Grado o número de alumno | Marque si los niños de crianza temporal | Marque si NO hay ingresos | # de caso de SNAP, FEP, FDPIR . Salte a parte 5 si anoto # de caso |
| | | | <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"/> | |

PARTE 2. BENEFICIOS SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS **SNAP, FDPIR O FEP**, ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y **PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.**
 NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO: _____

PARTE 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño **sin hogar, emigrante** o que ha **abandonado su hogar**, marque la casilla apropiada. SIN HOGAR EMIGRANTE ABANDONÓ SU HOGAR

PARTE 4. INGRESO BRUTO DE SU HOGAR—(INCLUYA TODOS LOS MIEMBROS FAMILIARES, INCLUYENDO NIÑOS CON INGRESO)

| 1. Nombre | 2. Marque si NO hay ingresos | 3. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------------|--|--------------|---|--------------|---|--------------|----------------|--------------|
| | | Ganancias del trabajo antes de deducciones | | Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio | | Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social | | Otros Ingresos | |
| | | Ingreso | Veces Pagado | Ingreso | Veces Pagado | Ingreso | Veces Pagado | Ingreso | Veces Pagado |
| | <input type="checkbox"/> | \$ | | \$ | | \$ | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> | \$ | | \$ | | \$ | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> | \$ | | \$ | | \$ | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> | \$ | | \$ | | \$ | | \$ | |
| | <input type="checkbox"/> | \$ | | \$ | | \$ | | \$ | |

PARTE 5. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. **Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro números del Seguro Social** o marcar el bloque que indica que **no tiene número de Seguro Social**. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.) *Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si brindo información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado.*

Firme Aquí: _____ Nombre deletreado: _____
 Fecha: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
Número de Seguro Social: *** -**- ____-____ **No tengo número de Seguro Social**

PARTE 6. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Identidad Étnica Marque una o mas (no importa su Identidad Étnica)
 Hispano/Latino Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska De raza negra o Afro-Americano
 No Hispano ni Latino Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO OFICIAL DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12
 Household size: _____ Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year
 Categorical Eligibility: __ Eligibility: Free__ Reduced__ Denied__ Reason: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Error Prone: Date Withdrawn: _____
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas, en inglés). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad 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 sus niños califican 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 sus hijos. (El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

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

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Sí No Mis hijos tienen seguro medico (incluyendo CHIP o Medicaid).

CHIP

Asegurando a los Niños de Utah

CHIP es un plan estatal de seguro de salud para niños.
Las familias de Utah que no tienen otro seguro de salud pueden calificar.

Llame para recibir una solicitud o presente su aplicación en Internet:

1-877-543-7669

www.health.utah.gov/chip