

## SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2019-2020 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO Lebanon Community School District

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
  - Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.
- \* = *Requerido Todas las aplicaciones*; \*\* = *Requerido para aplicaciones de ingresos*; \*\*\* = *Requerido para aplicaciones SNAP*

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR\*** Nombre de la persona que completa esta solicitud (**Apellido, Primer nombre**) \_\_\_\_\_

Nombre Escriba \_\_\_\_\_

Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_

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

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

→ Número de integrantes del hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de **todos** los integrantes del 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)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF\*\*\*, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre \*\*\*  SNAP  TANF

Número de caso\*\*\* \_\_\_\_\_

Siga abajo en la Parte 5

¿Recibe este hogar FDIPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO\*\* – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1 Liste <b>todos</b> los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Columna 2 Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Columna 3 Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Columna 4 Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Columna 5 Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Columna 6 Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y 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 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\* \_\_\_\_\_ Firmado en\* \_\_\_\_\_ Mes/día/año \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \*\* (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 No tengo 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  
 Indio americano y nativo de Alaska  
 Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  
 Blanco, no de origen hispano  
 Otra

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 seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud 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/FDIPIR  
 Foster child categorical  
 household income

Reduced based on:  
 household income

Denied – Reason:  
 income too high  
 incomplete application

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

## Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales. Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

### CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que 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.*

### DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

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. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

### DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De 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 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.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está 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 bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya 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.

## PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Los niños/as necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar de la Comunidad de Lebanon ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta 0; el costo del almuerzo es **\$2.25 K-5 \$2.50 6-8 \$2.75 9-12**. Este paquete incluye una solicitud para comidas gratis o a precio reducido, e instrucciones detalladas. A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

**1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?**

- Todos los niños de familias que reciben prestaciones de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, TANF o FDPIR, tienen derecho a comidas gratis.
- Los niños en régimen de acogida bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños que participan en el programa Head Start de su colegio tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños que encajan en la definición de personas sin hogar, fugados o emigrantes tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están dentro de los límites de Federal Income Eligibility Guidelines (Guía federal de selección por ingresos). Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro o por debajo de los límites de esta lista.

LISTA FEDERAL DE SELECCIÓN POR INGRESOS del año escolar 2019-2020			
Tamaño de la familia	Anuales	Mensuales	Semanales
1	23,107	1,926	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
Cada persona adicional:	8,177	682	158

- 2. ¿CÓMO SÉ SI MIS NIÑOS ENCAJAN EN LA DEFINICIÓN DE SIN HOGAR, EMIGRANTE O FUGADO? ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se alojan todos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se traslada de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted decidió dejar su familia anterior? Si cree que los niños de su familia encajan en estas descripciones y no le han informado de que recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico a **Yesenia Salinas 541-259-8922 yesenia.salinas@lebanon.k12.or.us****
- 3. ¿ES NECESARIO RELLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO? No. *Rellene una solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido para todos los estudiantes de su familia.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Devuelva la solicitud rellena a: **Barbie Hendrickson 485 S 5th. St. Lebanon OR 97355.****
- 4. ¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATIS? No, pero lea la carta que ha recibido y siga las instrucciones. Si faltara algún niño de su hogar en la notificación de selección, póngase en contacto con **Barbie Hendrickson 541-259-8902 barbie.hendrickson@lebanon.k12.or.us** inmediatamente.**
- 5. ¿PUEDO REALIZAR LA SOLICITUD EN LÍNEA? Sí. Le animamos a rellenar una solicitud en línea en lugar de una en papel si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la de papel. Visite **ODE website https://district.ode.state.or.us/apps/frlapp/** para empezar o PARA saber más sobre el proceso de solicitud en línea. Póngase en contacto con Barbie Hendrickson 541-259-8902 si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.**
- 6. LA SOLICITUD DE MI NIÑO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su niño solo es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar hasta **10-9-19**. Debe enviar una nueva solicitud, a menos que el colegio le haya dicho que su niño tiene derecho este nuevo año escolar. Si no envía una nueva solicitud aprobada por el colegio o no se le ha notificado que su niño tiene derecho a recibir comidas gratis, se le cobrará el precio completo de la comida.**
- 7. PARTIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud.**
- 8. ¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.**

9. SI AHORA NO CUMPLO LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN, ¿PUEDO VOLVER A ENVIAR LA SOLICITUD MÁS ADELANTE? Sí, puede enviar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho entonces a recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos.
10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL COLEGIO SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios del colegio. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Bo Yates 541-451-8456**.
11. ¿PUEDO ENVIAR LA SOLICITUD AUNQUE ALGUIEN DE MI FAMILIA NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe 1000 \$ al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió 900 \$, indique que recibe 1000 \$ por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR? Los miembros de la familia pueden no recibir algunos de los tipos de ingresos que pedimos que declare en la solicitud, o puede que no reciban ingreso alguno. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si un campo de ingresos queda vacío o en blanco, también contará como cero. Fíjese bien cuando deje campos de ingresos en blanco porque supondremos que lo ha hecho con conocimiento de causa.
14. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTRA FORMA? 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.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel separada y adjúntela en su solicitud. Póngase en contacto con **Barbie Hendrickson 541-259-8902** para recibir una segunda solicitud.
16. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas en los que podamos participar? Para saber cómo solicitar otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local, Text "FOOD" to 877877, 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org)

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **541-259-8902**

Atentamente,

*Barbie Hendrickson*

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR BENEFICIOS

**Para beneficios de SNAP (Programa de Asistencia de Suplementaria) U hogares con TANF, haga lo siguiente:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Dé el nombre de la persona en el hogar que tiene beneficios y su número de caso beneficios (SNAP) (A11-11-1111) o TANF (AA1111 o AAA111).

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Si está haciendo una solicitud para un NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA, siga estas instrucciones:**

**Use una solicitud separada para cada niño bajo tutela temporaria**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque la casilla si son niños formalmente colocados bajo tutela temporaria en la familia.

**Parte 3:** Saltee esta parte

**Parte 4:** Saltee esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario dar un Número de Seguro Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.

Q Complete una solicitud del hogar para todo el hogar, incluido el niño bajo tutela temporaria, siguiendo las instrucciones para "Todos los otros hogares"

**TODAS LOS OTROS HOGARES, incluidos aquellos que reciben WIC, sigan estas instrucciones:**

**Parte 1:** Complete la información de las personas que viven en su hogar.

**Parte 2:** Liste el nombre, la escuela, el grado escolar y la fecha de nacimiento del niño o niños y marque si es un niño bajo tutela temporaria.

**Parte 3:** Saltee esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar del mes pasado.

**Columna 1 – Nombre:** Liste el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar, emparentada 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 vuelva a listar a los niños que ya figuran en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. Adjunte otra hoja si es necesario.

**Columna 2 – Ingreso bruto mensual** Al lado del nombre de cada persona, liste cada tipo de ingreso recibido el mes pasado. Por ejemplo, *Ingreso Mensual* Liste el **ingreso bruto** que ganó cada persona en el trabajo. Esto no es lo mismo que la paga que se lleva a la casa. **El ingreso bruto es la cifra ganada antes de impuestos y otras deducciones.** La cifra debe estar listada en su talón de pago o se la puede decir su jefe. Si su ingreso se paga semanalmente, cada 2 semanas o dos veces al mes, siga las instrucciones al dorso de la solicitud. **Columna 3 –** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de asistencia social, manutención infantil y pensión alimenticia.

**Columna 4 –** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de pensiones, retiro y Seguro Social. **Columna 5 -** Liste la cifra que obtuvo cada persona el mes pasado de compensación laboral, seguro de desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), 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 o granjas propios o ingresos por renta. 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 este complemento para vivienda.

**Parte 5:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y listar los últimos cuatro (4) números de su Número de Seguro Social o marcar la casilla si no tiene uno.

**Parte 6:** Responda esta pregunta si lo desea.

**Parte 7:** Responda esta pregunta si lo desea.