

Año Escolar 2015-2016
Aplicación Anual para Beneficios
Escolares de Comida y Otros



Escuelas Públicas de Seattle

Estudiantes que califican para comidas gratis o a precio reducido toman desayuno y almuerzo SIN COSTO.

Favor de completar la aplicación en la siguiente pagina para ver si su familia califica

Recibe su familia *DSHS*: BASIC FOOD, TANF o FDPIR? Si es así, usted calificaría automáticamente para comidas escolares gratis, de cualquier manera, su permiso para compartir esta información con otros Oficiales de las Escuelas de Seattle en necesaria; ver abajo...

¡Puede usted ser elegible para descuentos en otros beneficios!

Si califica para comidas gratis o de precio reducido, puede ser elegible para beneficios adicionales gratis, o con descuentos.

Favor de seleccionar checando la caja y firmando abajo para permitirnos compartir su estado de elegibilidad con oficiales escolares.

Todos los Estudiantes	Estudiantes de Secundaria y Preparatoria
<input type="checkbox"/> Cargos por Eventos <input type="checkbox"/> Excursiones <input type="checkbox"/> Programas de Verano y campamentos <input type="checkbox"/> Seguro medico gratis o a bajo costo <input type="checkbox"/> Beneficios dentales o de vision gratis o a bajo costo	<input type="checkbox"/> Exámenes de Colocación Avanzada <input type="checkbox"/> Becas Limitadas a Colegio <input type="checkbox"/> Libros de Comienzo Adelantado <input type="checkbox"/> Cargos por atletismo <input type="checkbox"/> Cargos por del Organismo Estudiantil Asociado (ASB) <input type="checkbox"/> Exámenes Pre-colegiales (PSAT/SAT/ACT) <input type="checkbox"/> Cargos de Aplicación a Colegios
Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Cargos del Programa de kindergarten de día completo	
Firma del padre o tutor legal	Fecha de la Firma
Escriba el nombre(s) del Estudiante	

Cheque aquí si recibió beneficios de comida el año pasado.

ESCUELAS PUBLICAS DE SEATTLE 2015–16 APLICACION ANNUAL DOMESTICA PARA COMIDAS A PRECIO REDUCIDO Y GRATUITAS

Spanish

Complete, firme y regrese esta aplicación al comedor de la escuela de su hijo; o envíela por correo a: Nutrition Services – MS 32-372; PO Box 34165; Seattle, WA 98124

1. Anote **todos los estudiantes** que viven con usted y que van a la escuela. Si el estudiante es adoptado, indíquelo marcando con una "x" en la cajita apropiada. Incluya cualquier salario recibido por el estudiante y marque una "x" en la caja correspondiente de que tan frecuente es recibido. Si tiene un número de caso por escrito para cualquiera de sus niños, salte a la **Sección 4**. Así, si tiene un número de caso por escrito solo para el niño adoptado y desea aplicar para todos los estudiantes en la casa, debe proceder con la **Sección 2**. **Si cualquiera de los niños por los que aplica no tiene casa (McKinney-Vento), o es migrante, cheque la caja apropiada.** Sin Hogar Migrante

Apellido del Estudiante	Nombre del Estudiante	Inicial 2º Nombre	Niño adoptado	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Salario del Estudiante	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual	¿Está el estudiante recibiendo Comida Básica, TANF, o FDPIR? Si SI , debe listar el numero de caso y checar la caja apropiada.			
												Comida Básica	TANF	FDPIR	
							\$					Caso # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Caso # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Caso # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Caso # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					Caso # _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Apunte los nombres de otros miembros en la casa – Apunte el salario y CHEQUE que tan frecuente lo reciben. Si algún miembro de la familia no tiene salario escriba 0. Si escribió 0 o dejó la caja en blanco, esto prometiéndolo que no hay salario que reportar. Si escribió un número de caso para otro miembro de la casa, vaya directo a la sección 4. Si el número de caso es solo para niño(s) adoptados, usted debe proceder con la sección 3.**

Nombre de TODOS los otros miembros en la casa (no escriba los nombres de los estudiantes apuntados arriba)	Niño Adoptado	Salario por Trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal		Pensión Infantil, Pensión Alimenticia	Semanal		Pensiones, Retiro, Seguridad Social (SSI)	Semanal		Cualquier otro salario que no haya sido apuntado	Semanal		¿Alguno de los miembros en la casa recibe Comida Básica, TANF, o FDPIR? Si SI , debe listar el numero de caso y checar la caja apropiada. Comida Básica TANF FDPIR
			Cada 2 Semanas	2 Veces al mes		Cada 2 Semanas	2 Veces al mes		Cada 2 Semanas	2 Veces al mes		Cada 2 Semanas	2 Veces al mes	
		\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caso # _____
		\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caso # _____
		\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caso # _____
		\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caso # _____
		\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Caso # _____

3. **Total de Miembros en la casa (incluya a toda la gente viviendo en su casa):** _____
4. Firma y Numero de Seguro Social – Certifico que toda la información de arriba es verdadera y correcta y que todos los salarios son reportados. Entiendo que la Escuela obtendrá Fondos Federales basado en la información que yo proporcione. Entiendo que los oficiales escolares pueden verificar la información. Entiendo que si doy información distorsionada deliberadamente, mis niños pueden perder sus beneficios de comidas y puedo ser culpado. Entiendo que la elegibilidad de mi niño puede ser compartida como lo permita la ley.

Escriba el Nombre del Miembro Adulto de la Casa

Dirección

Calle

Ciudad y Código Postal

Teléfono en Casa

Teléfono de trabajo/celular

Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social: _____
O, si no tiene Numero de Seguro Social, cheque la caja:

Firma del Miembro Adulto en la Casa

Fecha

Dirección de Correo Electrónico

5. RAZAS Y GRUPOS ETNICOS DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Marque una o más identidades raciales:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Negro, o Afro Americano | <input type="checkbox"/> Otro |

Marque una identificación de grupo étnico:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

2015–2016
Carta a las Familias
Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa Escolar de Desayuno

Estimado Padre/Tutor:

Esta carta le indica como sus hijos pueden obtener comidas a precio reducido o gratis, así como información de otros beneficios. El costo de las comidas escolares se muestra abajo.

Desayuno y Almuerzo serán servidos **sin costo** a esos niños quienes **califican para las comidas a precios reducidos o gratuitas**. A todos los demás estudiantes se les cobrará a los precios mostrados abajo.

Nivel de Grado	Precio Regular			PRECIO REDUCIDO		
	Desayuno	Almuerzo	Refrigerio	Desayuno	Almuerzo	Refrigerio
Primaria	\$ 1.75	\$ 2.75	N/A	Sin costo	Sin costo	N/A
Secundaria	\$ 2.00	\$ 3.00	N/A	Sin costo	Sin costo	N/A
Preparatoria	\$ 2.00	\$ 3.00	N/A	Sin costo	Sin costo	N/A

¿QUIEN DEBERIA LLENAR UNA APLICACION?

Llene la aplicación si:

- El ingreso total familiar es el MISMO o MENOS que la cantidad en la tabla
- Recibe Comida Básica, toma parte del Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) para sus hijos
- Si está aplicando para un niño adoptado

Regrese la aplicación al comedor escolar en el sobre anexo timbrado o envíelo por correo a: Nutrition Services - MS32-372; PO Box 34165 Seattle, WA 98124. Asegúrese de enviar SOLO UNA aplicación por familia. Le notificaremos si su aplicación es aprobada o rechazada. Si alguno de los niños por los que aplica no tiene hogar (McKinney-Vento), o es migrante, cheque la caja apropiada.

¿QUE CUENTA COMO INGRESO? ¿QUIEN ES CONSIDERADO MIEMBRO DE MI FAMILIA?

Mire a la tabla de ingresos abajo. Encuentre su número de familia. Encuentre su ingreso total. Si a los miembros de su familia les pagan en tiempos diferentes durante el mes y no está seguro si su familia es elegible, llene la aplicación y nosotros determinaremos la elegibilidad de sus ingresos. La información que nos de será usada para determinar la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o a precios reducidos.

Niños adoptados son elegibles para comidas gratis sin importar el ingreso personal. Si tiene preguntas acerca de aplicar para beneficios de comida de niños adoptados, por favor contáctenos al [206-252-0675](tel:206-252-0675).

TABLA DE INGRESOS					
Efectiva desde					
1º. de Julio 2015 al 30 de Junio 2016					
Miembros de Familia	Anual	Mensual	2 veces al Mes	Cada 2 Semanas	2 veces Semanal
1	\$21,775	\$1,815	\$ 908	\$ 838	\$ 419
2	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Por cada Miembro adicional Agregue:	+7,696	+642	+321	+296	+148

FAMILIA es definida como todas las personas, incluyendo padres, niños, abuelos, y toda la gente relacionada o no relacionada quienes viven en su casa y comparten el costo de vida. Si aplica para una familia con niño adoptado, debe incluir al niño adoptado en la medida familiar total.

INGRESO FAMILIAR es considerado ser el ingreso de cada miembro en la casa antes de impuestos. Este incluye salarios, seguridad social, pensión, desempleo, asistencia social, pensión infantil, pensión alimenticia, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si está incluyendo un niño adoptado como parte de la familia, debe incluir también el ingreso personal del niño. No reporte pagos de adopción como ingresos.

¿QUE DEBE ESTAR EN LA APLICACION?

A. Para familias que no están recibiendo ninguna asistencia:

- Nombre del Estudiante
- Nombre de todos los miembros de la familia
- Origen de los ingresos de todos los miembros familiares
- Firma del Miembro Familiar adulto
- Últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto que firma la aplicación, (o checar la caja de "No tengo un número de seguro social" si el adulto que firma no tiene un número de seguro social)

Complete las partes 1, 2, 3, y 4. Parte 5 es opcional.

B. Parta familias con niños adoptados solamente:

- Nombre del Estudiante
- Firma del familiar adulto

Complete partes 1 y 4. Parte 5 es opcional. Debe enviar a la escuela también una copia de la documentación de la corte mostrando que el niño adoptado fue acomodado con usted o, llenando una forma de aplicación.

C. Para familias con niños adoptados y otros niños:

Aplique como familia e incluya al niño adoptado. Siga las direcciones de "A", familias que no reciben ninguna asistencia e incluya el ingreso personal del niño adoptado.

D. Para familias que obtienen Comida Básica/TANF/FDPIR:

- Liste todos los nombres de los estudiantes y el número de caso donde aplique
- Si el estudiante es uno que no tenga número de caso, ponga el nombre del familiar y su número de caso
- Firma del miembro familiar adulto

Complete Partes 1 y 4. Parte 5 es opcional

¿Y QUE SI NO ESTOY RECIBIENDO DINERO PARA LA COMIDA BASICA?

Si ha sido aprobado(a) para Comida Básica pero no está recibiendo actualmente el dinero de la Comida Básica, debe aplicar para beneficios de comida gratis ó a precio reducido llenando la aplicación y regresándola a la escuela de su hijo.

¿CALIFICAN AUTOMATICAMENTE MIS HIJOS SI ELLOS TIENEN UN NUMERO DE CASO?

Si. Los niños en TANF o Comida Básica pueden obtener comidas gratis sin que la familia tenga que completar una aplicación. Estos niños son identificados por la escuela usando un proceso de búsqueda de patrones. Esta lista igualada se hace disponible al personal de servicios de comida en la escuela de su hijo. Los estudiantes en esta lista reciben comida gratis si la escuela tiene el programa de comida gratis o a precios reducidos para el desayuno y/o el almuerzo (no todas las escuelas lo tienen). Por favor, contáctenos inmediatamente si cree que sus hijos deberían estar recibiendo comidas gratis y no es así. Si no desea que su hijo participe en el programa de comida gratis usando este método, por favor, notifíquelo a la escuela.

¿SI CUALQUIERA EN MI FAMILIA TIENE UN NUMERO DE CASO, TODOS LOS NIÑOS CALIFICAN PARA LA COMIDA GRATUITA?

Si. Si alguien más en la familia tiene un número de caso, diferente al estudiante o al niño adoptado, debe llenar la aplicación y enviarla a la escuela de su estudiante. Por favor, contáctenos inmediatamente si cree que otros niños en su familia deberían estar recibiendo comidas gratis y no es así.

COMIDA BASICA – ¿PUEDO CALIFICAR POR ASISTENCIA EN COMPRAR COMIDA?

Comida Básica es el programa del estado de estampas de comida. Esto ayuda a las familias proporcionando beneficios mensuales para comprar comida. ¡Obtener Comida Básica es fácil! Puede aplicar personalmente en la oficina local de Servicios a la Comunidad de DSHS, por correo, o por internet. Hay otros beneficios también. Puede saber acerca de la Comida Básica llamando al 1-877-501-2233 o entrando en http://www.foodhelp.wa.gov/basic_food.htm.

SOMOS MILITARES. ¿REPORTAMOS NUESTRO INGRESO DE MANERA DIFERENTE?

Tu pago básico y bonos en efectivo deben ser reportados como ingreso. Si tú obtienes subsidio de vivienda fuera de base, comida o ropa, o recibes pagos de Subsidio Suplementarios para Subsistencia Familiar, esto debe incluirse como ingreso. Aunque, si tu vivienda es parte de la *Military Housing Privatization Initiative*, no incluyas tu subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate resultando de tu despliegue también debe ser excluido de tu ingreso.

SEGURO MEDICO

Para preguntar o aplicar acerca del seguro médico para los niños en su familia, por favor, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633

¿Y QUE SI MI HIJO NECESITA COMIDAS ESPECIALES?

Todas las comidas servidas alcanzan los parámetros de comida establecidos por el estado. Estudiantes que han sido identificados como discapacitados por su médico pueden necesitar diferentes comidas. Estos substitutos de comida se harán disponibles sin cargo extra si el médico de su hijo llena la papelería necesaria. Si su hijo necesita esta asistencia por favor, contáctenos.

PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

La información que provea será verificada en cualquier momento. Quizás se le pida que envíe información adicional para probar que su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido.

AUDENCIA IMPARCIAL

Si usted no está de acuerdo con la decisión a la aplicación de su niño o el proceso usado para probar elegibilidad de ingresos, puede hablar con Teresa Fields, el oficial de audiencia imparcial. Tiene derecho a una audiencia imparcial la cual puede ser organizada llamando a la escuela o al distrito escolar al 206-252-0675.

RE-APLICACION

Usted puede aplicar por beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si hubiera un decremento en su ingreso familiar, un incremento en la medida de la familia, estuviera desempleado, recibiera Comida Básica, TANF, o FDIPIR, puede ser elegible para los beneficios y puede aplicar en ese momento.

NO DISCRIMINACION

El Departamento de Agricultura de los U.S. (USDA) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y candidatos a empleo, en bases de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identificación sexual, religión, represalia y, donde se aplique, creencias políticas, estado marital, estado familiar o paterno, orientación sexual o, si todo o parte del ingreso del individuo es dado por un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el trabajo o en cualquier programa o actividad conducida o patrocinada por el Departamento. (No todas los casos prohibidos aplicaran para todos los programas y/o actividades de empleo). Si desea presentar una queja o discriminación al programa de Derecho Civiles, complete la forma USDA de Queja al Programa de Discriminación que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina USDA, o llamando al (866) 632-9992 para pedir la forma. También puede escribir una carta que contenga toda la información requerida en la forma.

Envíenos su forma o carta de queja completa 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 correo electrónico a program.intake@usda.gov. Individuos quienes son sordos, con dificultad de audición, o tienen dificultades del habla pueden contactar USDA a través del Servicio de Transmisión Federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

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