

Formulario Familiar de Comidas Escolares/Refrigerios Después de la Escuela Gratis y de Precio Reducido

Distrito Escolar Colonial ■ NUTRICIÓN ESCOLAR ■ 318 E. Basin Road New Castle, DE 19720

julio de 2016

Usted solo necesita llenar UN formulario por familia. Sobre preguntas de cómo completar este formulario llame al (302)323-2743.

Estimado Padre/Madre o Guardián:

El Distrito Escolar Colonial participa del Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa Nacional de Desayuno Escolar/Programa Nacional de Refrigerio Después de la Escuela. Las comidas nutritivas son servidas todos los días escolares. Todas las comidas servidas deberán cumplir con los estándares de nutrición establecidos por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos. Todos los estudiantes del Distrito reciben el desayuno sin costo alguno. Los estudiantes de primaria pueden comprar un segundo almuerzo por **\$1.30**. Los estudiantes de Gunning Bedford y William Penn pueden comprar el almuerzo por **\$1.60** y un segundo desayuno por **95 centavos**. Usted puede pagar previamente por las comidas de la escuela. Por favor haga los cheques pagos a **Colonial School Nutrition** o visite www.parentonline.com y establezca una cuenta para pagar en línea.

Los niños de casas que cumplen con las directrices del Ingreso Federal son elegibles para tener comidas gratis o comidas de precio reducido, pero deberán poner dinero en su cuenta para los refrigerios. Para aplicar para las comidas gratis o de precio reducido, complete y firme el formulario en la parte de atrás de este papel lo más pronto posible, y devuélvalo a la **cafetería** de su hijo/a o a la oficina del Distrito Escolar Colonial. **Si su casa califica para comidas reducidas no hay ningún costo para usted.**

Si su hijo/a ha sido determinado por un doctor que es discapacitado y la discapacidad previene al niño/a de comer comidas regulares en la escuela, la escuela hará las sustituciones prescritas por el doctor. Si la sustitución es necesaria, no habrá un cargo adicional por la comida. Las sustituciones pueden ser arregladas contactando al Departamento de Nutrición de la Escuela.

APELACIÓN: Si usted no está de acuerdo con la decisión del Distrito sobre su formulario o con el resultado de la verificación, usted deseará hablar sobre esto con los oficiales de la escuela. Usted también tiene el derecho de una audiencia justa. Esto se puede hacer por medio de una solicitud por escrito al Oficial del Distrito Escolar Colonial:

Karen Gilbert, Director of Operations (Directora de Operaciones)
Colonial School District ■ 318 E. Basin Road ■ New Castle, DE 19720

CONFIDENCIALIDAD: Usaremos la información en su formulario para decidir si su hijo/a califica para comidas gratis o de precio reducido. Le informaremos a oficiales conectados con otros programas de nutrición, salud y educación sobre la información en su formulario para determinar los beneficios para estos programas o para propósitos de financiamiento y/o de evaluación, como verificar la elegibilidad del Título I.

VOLVER A APLICAR: Usted puede aplicar para los beneficios en cualquier momento del año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero tiene una disminución en el ingreso de su casa, un incremento en el tamaño de los miembros de su casa, queda desempleado, o recibe el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP *por sus siglas en inglés*) o la Ayuda Temporal de Delaware para Familias Necesitadas (DE-TANF *por sus siglas en inglés*) por su hijo/a, llene el formulario en ese momento.

Usted será notificado con una carta cuando el formulario de beneficio de comida es aprobado o negado.

Directrices del Ingreso de las Comidas Reducidas de Precio Efectivas de 1 de julio de 2016 hasta el 30 de junio de 2017

Tamaño de la Familia	Anual	Mensual	Dos Veces por Mes	Cada 2 semanas	Semanalmente
1	\$21,978	\$1,832	\$916	\$846	\$423
2	\$29,637	\$2,470	\$1,235	\$1,140	\$570
3	\$37,296	\$3,108	\$1,554	\$1,435	\$718
4	\$44,955	\$3,747	\$1,874	\$1,730	\$865
5	\$52,614	\$4,385	\$2,193	\$2,024	\$1,012
6	\$60,273	\$5,023	\$2,512	\$2,319	\$1,160
7	\$67,951	\$5,663	\$2,832	\$2,614	\$1,307
8	\$75,647	\$6,304	\$3,152	\$2,910	\$1,455
Para cada miembro de la casa adicional añadida:	\$7,696	\$642	\$321	\$296	\$148

De acuerdo con la ley de los derechos civiles Federales y los reglamentos y las políticas civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA *por sus siglas en inglés*); sus agencias, oficinas, y empleados, y las instituciones participando en o administrando los programas de USDA están prohibidos de discriminar en base a la raza, el color, el origen nacional, el sexo, las creencias religiosas, la discapacidad, la edad, las creencias políticas, o las represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Las personas con discapacidades que requieren alternativos medios de comunicación para la información del programa (por ej., Braille, impresión grande, cintas de audio, Señales del Lenguaje Americano, etc.), deberán contactar la Agencia (Estatal o local) donde ellos aplicaron para beneficios. Los individuos que son sordos, tienen problemas de audición o tienen discapacidades de habla deberán contactar USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa deberá estar disponible en lenguajes diferentes al inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa de USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Entregue el formulario o la carta completado a 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.

Esta institución es un proveedor de oportunidades iguales.

LEY DE DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD:

A menos que usted liste el número de caso de SNAP, o de DE-TANF de su hijo/a, o si usted está aplicando para un niño/a de casa temporal/grupo de casa, sin casa, migrante, o escapado, la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar requiere que usted incluya los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro de la casa firmando el formulario o indique que el miembro de la casa firmando el formulario no tiene número de seguro social. Usted no tiene que poner el número de seguro social, pero si no se pone un número de seguro social o no se indica que el miembro de la casa adulto firmando el formulario no tiene número de seguro social, no podemos aprobar el formulario. El número de seguro social puede ser usado para identificar al miembro de la casa al verificar que la información presentada en el formulario es correcta. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías, e investigaciones, y puede incluir el contactar a empleadores para determinar el ingreso, contactar a la oficina de SNAP o de DE-TANF para determinar la actual certificación de los beneficios de SNAP o de DE-TANF, contactar a la oficina de seguridad de empleo del Estado para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar los reclamos administrativos, o las acciones legales si se reporta información incorrecta. El número de seguro social puede también ser divulgado a programas autorizados bajo la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, el Controlador General de los Estados Unidos, y los oficiales que hacen cumplir la ley con el propósito de investigar violaciones de ciertos programas Federales, Estatales y locales de educación, salud, y nutrición.

Sinceramente,



A Paula Angelucci
Supervisora de Nutrición Escolar



DISTRITO ESCOLAR COLONIAL AÑO ESCOLAR 2016-2017

FORMULARIO FAMILIAR DE BENEFICIOS DE COMIDA GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO EN LA ESCUELA

PARTE 1. Niños en la Escuela Adjunte una segunda hoja de papel si es necesario para poner más nombres

Nombres de todos los niños en la casa, desde infantes hasta el grado 12 (Nombre, Inicial, Apellido)	Nombre de la Escuela o N/A	Grado	Fecha de Nacimiento	Entre el # de caso de DE-SNAP o de DE-TANF (si hay alguno). Solo un caso necesita ser presentado por familia y PASE a la Parte 4. Por favor sepa que los números de Medicaid no califican a sus hijos para comidas gratis. Los participantes de WIC pueden ser elegibles para comidas gratis/reducidas. Línea de SNAP: 1-800-372-2022	<input checked="" type="checkbox"/> Marque la caja si los estudiantes son niños de casa temporales y PASE a la PARTE 4 si todos los niños son temporales
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

PARTE 2. Si el niño para el que usted está aplicando No Tiene Casa, es Migrante o Escapado, marque la caja apropiada y llame al **enlace de los sin casa, Melanie Hoffmann al (302)429-4085** del Distrito Escolar Colonial Sin Casa Migrante Escapado

PARTE 3. **Ingreso Bruto** Total de la Casa—Usted nos debe decir la cantidad de ingreso bruto de **cada persona** en la casa y cuan a menudo se recibe. Los miembros de la casa que no reciben ingreso, por favor maquen la caja "No Income". Si usted no entra un "0" en el campo del ingreso o no marca la caja de NO INCOME, usted está certificando que no hay un ingreso que reportar.

A. Nombre (Liste a todos los miembros de la casa y su ingreso. Si no hay ingreso márkelo en la caja de no ingreso) Incluyéndose a usted	B. Liste el Ingreso Bruto (No el Ingreso Neto) y ponga un Círculo en cuan a menudo se recibe.						Ejemplo <input checked="" type="checkbox"/> Mensual * <input checked="" type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> 2 veces/Mes		*(en el círculo) semanal
	Ingresos de Trabajo antes de las deducciones	Bienestar social, manutención de hijos, pensión alimenticia	Pensiones, retiro, Seguro Social, VA	Todos los otros ingresos				<input checked="" type="checkbox"/> Marque si NO hay ingreso	
	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas		<input type="checkbox"/>
	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/>	
	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/>	
	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	\$ _____ Mensual Semanal Anual 2x/Mes Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/>	

B. Liste a todos los niños con ingreso. (salarios, SS, etc) _____

Cantidad	Mensual	Semanal	Anual	2x/Mes	Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Marque si no hay ingreso por los niños.
\$ _____						
\$ _____						

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social del principal proveedor de ingresos u Otro miembro adulto de la casa _____ No tengo Número de Seguro Social

PARTE 4. Firma y Número de Seguro Social (Un adulto tiene que firmar) * La aplicación no será procesada sin el #SS (últimos 4 dígitos)

Un miembro adulto de la casa deberá firmar el Formulario. Si la Parte 3 es completada, el adulto firmando el formulario deberá también listar sus últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social o marcar "No tengo Número de Seguro Social" en la caja. (Ver la Declaración de la Ley de Privacidad en la parte de atrás de esta página). Yo certifico (prometo) que toda la información en este Formulario es verdadera y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que la escuela obtendrá financiamiento Federal en base a la información que proporciono. Entiendo que los oficiales escolares pueden verificar la información. Entiendo que, si yo doy información falsa a propósito, mis hijos perderán los beneficios de comida, y que yo seré procesado.

Firme aquí: _____ Nombre letra imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____ PO Box: _____ Teléfono: _____

STOP **NO! YO NO DESEO** que la información de mi Formulario de Beneficios de Comida Gratis y de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado (CHIP). Para más información sobre DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. **SI USTED NO MARCA ESTA CAJA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.**

PARTE 5. **SÍ! SI DESEO** que la información de mi Formulario de Beneficios de Comida Gratis y de Precio Reducido sea compartida para la elegibilidad de recibir becas, el Título I u otros beneficios del programa.

PARTE 6. Identificación racial y étnica de los niños (opcional) Estamos requeridos a pedir información sobre la raza y la etnicidad de sus hijos. Esta información es importante para ayudar a asegurarnos que estamos completamente sirviendo a nuestra comunidad. El responder no afecta los beneficios.

Asiático Negro Indio Americano o Nativo de Alaska Hispano o Latino Blanco Otro Nativo de Hawái u Otras Islas en el Pacífico No Hispano o Latino * La Sección de Abajo Solo para Uso de la Escuela

DO NOT MARK IN THIS SECTION FOR SCHOOL USE ONLY!!

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Annual Income: _____ Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____

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

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____