

LISTA DE PRECIOS EN COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS EN MASSACHUSETTS

APLICACION FAMILIAR PARA BENEFICIOS EN COMIDAS 2011 – 2012 AÑO ESCOLAR

Si Ud. ha recibido una NOTIFICACION DE CERTIFICACION DIRECTA de una escuela en el distrito, para comidas gratuitas, no llene esta aplicacion. **Pero deje saber a la escuela si algun otro niño en la casa no ha sido registrado en la carta de Certificacion Directa, que Ud. recibio.**

PARTE 1: Liste todos los miembros de la familia en la casa, incluyendo niños que están buscando recibiendo comidas en la escuela, hermanos y ambos padres viviendo en casa. Además, incluya otros miembros de la familia o amigos si viven en la misma casa. (Ver instrucciones)

NOMBRE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)	NOMBRE LA ESCUELA QUE CADA NIÑO ATIENDE	GRADO	MARQUE SI HAY ALGUN NIÑO EN FOSTER CARE (Responsables por la corte)* Si todos los niños están en foster care, SALTE A LA PARTE 5.	MARQUE SI NO RECIBE SALARIO
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2: Si algún miembro de la familia recibe SNAP (estampillas para comida), FDPIR o TAFDC beneficios, por favor provea el Numero de Identificación de la Agencia localizado en la parte superior derecha de la carta del Departamento de Asistencia Transicional (DTA).

Por favor salte a la Parte 5 y firme esta hija si Ud. ha proveido un Numero de Identificación de la Agencia.

Agencia ID: _____ ** No de su numero de tarjeta EBT.

PARTE 3: Hay algún niño viviendo con Ud. sin hogar o que ha huido del hogar? Si No

Si si, llamar al coordinador de la agencia de comidas para niños sin hogar # _____ (Numero del distrito)

PARTE 4: TOTAL DE SALARIO EN EL HOGAR: Debe decirnos cuanto ingreso recibe, y **que tan a menudo** en el cuadro siguiente.

NOMBRE (LISTE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON SALARIO)	SALARIO GANADO ANTES DE IMPUESTOS/DEDUCCIONES	APOYO PARA HIJOS ALIMONY	PENSIONES, RETIRO, SEGURO SOCIAL, SSI, VA BENEFICIOS	OTROS INGRESOS
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

PARTE 5: FIRMA. El padre o encargado debe firmar la aplicacion (ver Acta de Privacidad en la parte de atras de esta hoja). Yo certifico (prometo) que toda la informacion en esta aplicacion es correcta y que todos mis ingresos han sido reportados. Entiendo que la escuela recibira fondos del Federales basados en la informacion que yo he dado. Entiendo que una persona autorizada de la escuela puede verificar la informacion. Entiendo que si he dado informacion falsa, mi hijo podra perder los beneficios de comidas, y yo puedo ser juzgado por la ley. Un miembro adulto de la familia debe firmar esta aplicacion. Si la parte 4 esta completa, el adulto debe colocar los 4 ultimos digitos de su seguro social, o marcar la casilla que dice "Marcar aqui si no tiene Seguro Social" (Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

FIRMA AQUI: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCION _____ CIUDAD: _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO : _____ ULTIMOS 4 DIGITOS DE SU SEGURO SOCIAL: * * * - * * - ____ _ Marque aqui si no tiene Seguro Social.

Part 6: ETNICIDAD DE LOS NINOS EN CASA (OPCIONAL)

Escriba una:

- Hispano/Latino
 Not Hispano/Latino

Choose one or more (regardless of ethnicity):

- Asiatico Nativo Americano o Nativo de Alaska Native Negro o Africano Americano
 Blanco Nativo de Hawaii o otras Islas del Pacifico

NO LLENE ESTA PARTE, PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE**Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12**Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

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

Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after 45 days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

CUADRO DE ELIGIBILIDAD DE SALARIO FEDERAL AÑO ESCOLAR 2011-2012

TAMANO DE CASA	ANUALMENTE	MENSUALMENTE	SEMANLAMENTE
1	20,147	1,679	388
2	27,214	2,268	524
3	34,281	2,857	660
4	41,348	3,446	796
5	48,415	4,035	932
6	55,482	4,624	1,067
7	62,549	5,213	1,203
8	69,616	5,802	1,339
CADA PERSONA ADICIONAL	7,067	589	136

Sus niños pueden calificar para comidas gratuitas o de precio reducido si su ingreso cae por debajo de los límites de esta tabla. Sus niños pueden también calificar para comidas gratuitas si una persona en la casa recibe estampillas para comida SNAP (food stamps) o TAFDC (ayuda económica) sin tener en cuenta los límites de ingreso en esta tabla.

Acta de Privacidad: Esta explica como usaremos la información que Ud. nos da.

El Acta Richard B. Russell National School Lunch requiere la información en esta aplicación. Ud. no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podremos aprobar su petición para comidas gratis o de precio reducido. Ud. debe incluir los 4 últimos números del Seguro Social de la persona que firma esta aplicación. Los últimos números del seguro social no son necesarios cuando Ud. está aplicando en nombre de un niño en cuidado foster, o si Ud. lista otro programa de ayuda como Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Transitional Aid for Families with Dependent Children (TAFDC) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) número de caso o otra forma de identificación FDPIR o cuando la persona firmando la aplicación dice que no tiene un número de seguro social. Usaremos la información que nos da para determinar si su hijo es elegible para servicio de comidas gratuitas o de precio reducido, y para administrar y enforzar los programas de almuerzos y desayunos en las escuelas. Compartiremos la información dada con el Departamento de educación de Framingham para determinar la elegibilidad para servicios gratuitos. Nosotros PODEMOS compartir la información de su elegibilidad con programas de educación, nutrición y salud, para ayudarles a evaluar y determinar los beneficios de dichos programas.

Clausula de No discriminacion: Explica que debe Ud. hacer si ha sido tratado discriminatoriamente. "En acuerdo con la ley Federal y el Departamento de Agricultura de U.S., esta institución está prohibida a discriminar con bases de color, raza, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para ingresar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (Voice). Individuos con problemas de audio o discapacidades para hablar, pueden contactar a USDA a través del Servicio Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). USDA es un "proveedor de trabajo o oportunidades para todos."