



Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Canyons School District ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta .90 para escuelas elementarias y \$1.10 para secundarias. El almuerzo cuesta \$1.75 para escuelas elementarias y \$2.00 para secundarias. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de .30 para el desayuno y .40 para el almuerzo.

1. **¿ES NECESARIO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. Devuelva la solicitud completa a: una de las escuelas de sus hijos.
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos (SNAP) o Programa de familia de empleo de Utah (FEP) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR) pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.
3. **¿PUEDEN LOS NIÑOS CRIANZA TEMPORAL RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Si, los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad de una agencia de cuidado de crianza o de la corte, son elegibles para recibir comidas gratis. Cualquier niño/a de crianza temporal en el hogar es elegible para recibir comidas gratis sin importar sus ingresos.
4. **¿PUEDEN LOS NIÑOS SIN HOGAR, NIÑOS QUE ESCAPARON DE SU HOGAR Y NIÑOS EMIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con: Connie Crosby @ 801-826-5396 para verificar si sus hijos califican.
5. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.
6. **YO RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una solicitud.
7. **¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE YO PROVEO?** Sí, y podemos pedirle que nos envíe pruebas escritas.
8. **SI YO NO CALIFICO AHORA ¿PUEDO SOLICITAR MÁS TARDE?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar.
9. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD?** Usted puede hablar con los oficiales de la escuela. También puede pedir una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: Denise Gressmen @ 801-826-5399 o email at Denise.gressmen@canyonsdistrict.org
10. **¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE ALGUIEN EN MI HOGAR NO SEA CIUDADANO AMERICANO?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
11. **¿A QUIENES TENGO QUE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA?** Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted mismo tiene que incluirse y sus hijos también. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten sus ingresos con usted o sus hijos y que pagan una cuota prorrateada por los gastos), no las incluya.
12. **¿QUÉ PASA SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE IGUAL?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. . Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no lo haga si solamente trabaja horas extras algunas veces. Si ha perdido un trabajo o le han reducido su horario o salario, utilice su ingreso actual.
13. **¿NOSOTROS ESTAMOS EN EL SERVICIO MILITAR, DEBEMOS INCLUIR NUESTRO SUBSIDIO PARA VIVIENDA COMO PARTE DE NUESTRO INGRESO?** Si usted recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
14. **MI ESPOSO ESTA EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿ES EL PAGO POR COMBATE CONTADO COMO INGRESOS?** No, si la paga por combate es recibida además del salario básico debido a que su esposo fue a combate y no fue recibida antes de haber ido al combate; La paga por combate no se cuenta como ingresos. Comuníquese con su escuela para mas información.
15. **MI FAMILIA NECESITA MAS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODEMOS SOLICITAR?** Llame al 2-1-1, (888) 826-9790 o visite <http://www.211ut.org>.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: 801-826-5399

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS			
Para el año 2012-2013			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	20,665	1,723	398
2	27,991	2,333	539
3	35,317	2,944	680
4	42,643	3,554	821
5	49,969	4,165	961
6	57,295	4,775	1,102
7	64,621	5,386	1,243
8	71,947	5,996	1,384
Cada persona adicional:	7,326	611	141

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da.

El acto nacional del almuerzo de escuela de Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo haces, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto del hogar que firma la aplicación. El número de seguro social no es necesario si usted está aplicando por un niño de crianza o usted está en el programa de ayuda suplemental de la nutrición (SNAP), programa de asistencia temporal para familias con necesidad (TANF) programa de la reservación india (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o si usted indica que el adulto del hogar que firma la aplicación no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las normas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmision en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor de oportunidades y empleo iguales.

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"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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:** _____

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
 Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____
 Categorical Eligibility: __ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free__ Reduced__ Denied__ Reason: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Error Prone:
 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