

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Lincoln County School Dist. #2 ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.00 K-6/\$1.25 7-12 y el almuerzo \$2.00 K-6/\$2.25 7-12. 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. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. 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: LCSD #2, Attn: Lunch Program, PO Box 219, Afton, WY 83110.**
- 2. ¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales 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 sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con: **Mark Taylor, 307-885-7138, school, homeless liaison or migrante coordinador** para verificar si sus hijos califican.
- 4. ¿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.
- 5. ¿Debo llenar una solicitud si este año escolar recibí una carta que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis o a precio reducido?** Por favor, lea la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **307-885-7137** si tiene preguntas.
- 6. Yo recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una solicitud.
- 7. ¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
- 8. Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.
- 9. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Jon Abrams, PO Box 219, Afton, WY 83110, 307-885-3811.**
- 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 suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a si mismo y a todos los niños que viven con usted.
- 12. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.
- 13. Nosotros estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como parte de nuestro ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como parte de su ingreso. Otros suplementos deben ser incluidos como parte de su ingreso.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Si su familia recibe CUPONES DE ALIMENTOS o TANF, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote los nombres de los niños, escuela, grado y el número de caso de cupones para alimentos o TANF

Parte 2: Marque el bloque apropiado.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Salte esta parte

Parte 5: Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

Marque el bloque apropiado y comuníquese con Mark Taylor, homeless liaison, migrante coordinador at 307-885-7138.

Complete la solicitud para los DEMÁS FAMILIARES siguiendo las instrucciones.

Si usted está solicitando para un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:

Parte 1: Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza. Anote el nombre del niño, escuela, y grado.

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Marque el bloque y anote la cantidad del ingreso mensual personal del niño, si alguno.

Parte 4: Salte esta parte.

Parte 5: Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote el nombre de cada niño, escuela y grado.

Parte 2: Marque el bloque apropiado, si alguno.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia del mes pasado.

Columna 1– Nombre: Anote el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en su hogar ya sean o no parientes (tal como abuelos, otros parientes o amigos). Usted debe incluirse a si mismo y a todos los demás niños que viven con usted. Añada otra página si es necesario.

Columna 2– Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos que recibieron el mes pasado y cuantas veces los recibieron. Por ejemplo, *Ingresos de empleo:* Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Al lado de la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente). *Otros Ingresos:* Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de;

asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, (segunda columna), pensión de jubilación, Seguro Social (tercera columna) y CUALQUIER OTRO INGRESO (cuarta columna). En las demás columnas incluya, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

Columna 3–Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ingresos, marque el bloque.

Parte 5: Un adulto debe firmar la solicitud y anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque si no tiene uno.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	# de Cupones de Alimentos o TANF (si aplica). Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF

Parte 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a Mark Taylor, homeless liaison, migrante coordinador at 307-885-7138.

Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 3. Hijo de Crianza

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____. Vaya a la parte 5.

Parte 4. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe

1. Nombre (Anote a todos en su hogar) (Ejemplo) Jane Smith	2. Ingreso bruto y frecuencia Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales				3. Marque si no hay ingresos
	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	
	\$200/weekly	\$150/weekly	\$100/monthly	\$ ____/____	<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 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 su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ No tengo número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático
- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Blanco
- Hawaiano o de otra isla del Pacífico
- De raza negra o Afro-Americano
- Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano Latino
- No Hispano ni Latino

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: _____
 Temporary: Free ____ Reduced ____ Time Period: _____ (expires after ____ days)
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

App. No.	
Status	
Received	
Calculated	
Notified	
Entered	

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 Escolar 09-10			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$20,036	\$1,670	\$386
2	\$26,955	\$2,247	\$519
3	\$33,874	\$2,823	\$652
4	\$40,793	\$3,400	\$785
5	\$47,712	\$3,976	\$918
6	\$54,631	\$4,553	\$1,051
7	\$61,550	\$5,130	\$1,184
8	\$68,469	\$5,706	\$1,317
Cada persona adicional:	\$6,919	\$577	\$134

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

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

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 Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proveyó en su solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. **Nosotros tenemos que obtener autorización para compartir su información con los siguientes programas. El enviar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños 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 ninguno de estos programas.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con _____.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con _____.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con _____.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los bloques de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Dirección: _____

Para más información, usted puede llamar a 307-885-7137.
Envíe ésta forma a: LCSD #2, PO Box 219, Afton, WY 83110

¿Quiere información sobre como obtener seguro médico para sus hijos?

Muchas familias que trabajan duro para llegar a finales de mes pueden obtener un seguro médico GRATIS para sus hijos.

De hecho, las familias que cumplen con los requisitos para el programa del almuerzo de la escuela, normalmente también cumplen con los requisitos de Kid Care CHIP o EqualityCare, los seguros médicos gratis y asequibles de Wyoming.

Simplemente devuelva esta solicitud completada junto a la solicitud del programa de almuerzo de su escuela y le enviaremos información y una solicitud para Kid Care CHIP y EqualityCare. O bien llámenos al 1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669).



Escribir nombre complete de padres y/o tutor: _____

Dirección de casa (o P.O. Box): _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Municipio: _____

Numero Telefónico: _____

Nombre de escuela cuyo hijo/a atiende: _____

¿Actualmente su hijo/a tiene cobertura de salud? **Sí** **No** **(eligá uno)**

Si sí, ¿cómo se llama la compañía o el programa? _____
(Kid Care CHIP, EqualityCare, Medicaid, Title 19, BlueCross BlueShield, Great West, WinHealth, u otros)

School Personnel:

Please return this form to Kid Care CHIP, 6101 Yellowstone Rd. Suite 210, Cheyenne, WY 82002.

Revised 2/2007