

2022-2023 SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de todos los miembros del hogar (Nombre del Niño, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la escuela y nivel de grado para cada niño / o indique "NA" si el niño no está en la escuela. <div style="text-align: center;">Escuela Grado</div>	Indique si es un niño de orfanatorio (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o la corte) *Si todos los niños enumerados a continuación son niños de crianza, vaya a la Parte 5 para firmar este formulario.	Indique si no hay ingresos
		<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. BENEFICIOS: Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y vaya a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, vaya a la Parte 3.
NOMBRE: _____ **NÚMERO DEL CASO DE 7 DÍGITOS:** _____

Parte 3. Si algún niño que está solicitando es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Jennifer Hoehn al Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us o al 937-848-5001 ext. 6105 Homeless Migrant Runaway

Parte 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de las deducciones). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla de la frecuencia con la que se recibe. Registre cada ingreso solo una vez.

1. NOMBRE (Enumere a todos los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON																				
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Señal	a 2	veces	al mes	Mensual	Asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Señal	a 2	veces	al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	Señal	a 2	veces	al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (indique la frecuencia, como "semanal", "mensual", "trimestral" "anualmente"		
(Ejemplo) Juana Smith	\$200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>trimestral</u>
	\$	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<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 5. EXENCIÓN DE LA TARIFA DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR CONSENTIMIENTO DEL ADULTO: Su(s) hijo(s) puede(n) calificar para una exención de sus cuotas de instrucción escolar. Se requiere su permiso para compartir su información de solicitud de comida con los funcionarios de la escuela para determinar si su(s) hijo(s) califica para una exención de tarifas. Responder a esta pregunta no cambiará si sus hijos recibirán comidas gratuitas o a precio reducido.
 Por favor, marque una casilla: •Sí, acepto que mi solicitud de comida se use para determinar si mi(s) hijo(s) califica(n) para una exención de tarifas.
 No, no acepto que mi solicitud de comida se use para determinar si mi(s) hijo(s) califica(n) para una exención de tarifas.

Parte 6. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la parte posterior de esta página).
1 certificar (prometer) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se informan. 1 entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que 1 da. 1 comprendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. 1 entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede hacer que mis hijos pierdan los beneficios de comida y 1 puede estar sujeto a enjuiciamiento por estatutos estatales y federales.
 Firme aquí: X Nombre con letra impresa: Fecha:
 Dirección: Número de teléfono:
 Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social: 1 no tienen un Número de Seguro Social

Parte 7. Identidades étnicas y raciales de los niños: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

Elija una etnia:	Elija uno o más (independientemente de su origen étnico):
<input type="checkbox"/> Hispanos/Latinos <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> • Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

No complete esta sección. Destinado solo para uso escolar.

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: Por: semana, cada 2 semanas, • Dos veces al mes, • Mes, año Tamaño del hogar:

Elegibilidad categórica: Gratis Reducido Negado Razón: Determinación/Aprobación de la Firma del Oficial:

Fecha: _____

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS 2022-2023			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	US\$ 25,142	US\$ 2,096	US\$ 484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Cada Persona adicional:	8,732	728	168

los límites en este gráfico.

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo utilizaremos la información que nos proporcione.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información sobre esta solicitud. No está obligado a proporcionar información, pero si no lo hace, la agencia estatal no puede aprobar a su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando solicita en nombre de un niño de orfanatorio o enumera un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Ohio Works First (OWF) u otro identificador para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas 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 ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete la **Forma de Queja por Discriminación del Programa del USDA**, (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> (para documentos impresos) o **Cómo presentar una Queja** por Discriminación del Programa (para documentos en línea) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en la forma. Para solicitar una copia de la forma de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe la forma o carta completa al USDA al:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete la **Forma de Queja de Discriminación del Programa del USDA**, (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-programa-discriminación-queja> **(para documentos impresos) o Cómo presentar una Queja de Discriminación del Programa (para documentos en línea)**, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en la forma. Para solicitar una copia de la forma de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe la forma o carta completa al USDA al:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

COMPARTIR INFORMACIÓN CON MEDICAID/Healthy Start, Healthy Families

Estimado Padre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precio reducido, también pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa Healthy Start, Healthy Families del Estado de Ohio. Los niños con seguro de salud tienen más probabilidades de recibir atención médica regular y tienen menos probabilidades de faltar a la escuela debido a una enfermedad.

Debido a que **el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, la ley nos permite decirle a Medicaid y Healthy Start, Healthy Families que sus hijos son elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido, a menos que usted nos indique que no lo hagamos.** Medicaid y *Healthy Start, Healthy Families* solo usan la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden comunicarse con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos en el seguro de salud.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o *Healthy Start, Healthy Families*, complete la siguiente forma y envíela (enviar esta forma no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido).

- ¡No! NO** quiero que la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido se comparta con Medicaid o *Healthy Start, Healthy Families*.

Si ha marcado que no, llene la siguiente forma.

Nombre del niño:Escuela:

Nombre del niño:Escuela:

Nombre del niño:Escuela:

Nombre del niño:Escuela:

Firma del padre/tutor:Fecha:

Nombre letra impresa:Dirección:

Para obtener más información, puede **jennifer hoehn** en Jennifer.hoehn@bss.k12.oh.us o 937-848-5001 ext. 6105

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

¿Su hijo califica para el Programa de Comidas Escolares?
Si es así, su familia puede calificar para la cobertura de salud!



Healthy Start & Healthy Families

Health/ Start ofrece cobertura de atención médica gratuita para niños (desde el nacimiento hasta los 19 años) y mujeres embarazadas.

Health/ Families ofrece cobertura de atención médica gratuita para toda la familia: padres y niños.

Healthy Start & Healthy Families Cubre:

Visitas al médico	Prescripciones
Atención Hospitalaria	Servicios de visión
Vacunas	Odontólogos
Abuso	Salud mental

¡Y mucho más!

Para obtener más información o una solicitud, llame al:
1-800-324-8680 (¡una llamada gratuita!)

TDD 1-800-292-3572

Lunes - Viernes 7 am a 8 pm

Sábado - Domingo 12 pm a 5 pm

—kk

HealthyStart

El tamaño y los términos de su familia Si usted y su familia son elgbe fr Heathy Stat o Heolhy Family.
Hach'.y Stat & Healthy Fomles de /dadcad PfogiatK y/-nster?d por The Ohla DspartnKnt of Job & Fmy Serices

Saludable una t &
Saludable