



# SOLICITUD Y FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Este paquete contiene:

Información **requerida** que debe proveerse a los hogares:

- Carta a los Hogares
- Solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido

Información para verificación de elegibilidad:

- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación

Documentos **opcionales** que pueden ser provistos a los hogares:

- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse por ambos lados. Usted necesitará identificar los beneficios que son ofrecidos en su escuela, tal como meriendas después de la escuela. **[Corchetes en negro]** indican el lugar donde usted necesita añadir información específica de su distrito escolar. Por ejemplo, usted debe incluir en sus documentos de verificación el número de teléfono sin cargos de su distrito. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP, por sus siglas en inglés), o si es necesario, el Programa de Distribución de Comidas en Reservaciones Indias (FDPIR, por sus siglas en inglés), usted deberá añadir esta información. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Esta solicitud prototipo incluye información sobre la exclusión de los subsidios para viviendas para aquellos que participan en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares. Por favor modifique si esto no tiene relación con su distrito escolar.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

**[State agency address]**

**[Insert School District Letterhead]**

Estimado Padre de Familia/Encargado:

*Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. [Name of School] ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta [\$] y el almuerzo [\$]. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de [\$] para el desayuno y [\$] 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: [name, address, phone number].**

**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: [school, homeless liaison or migrant coordinator] 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 [phone number] 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: [name, address, phone number].

**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.

*Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: **[phone number]**.*

Sinceramente,  
**[signature]**

## 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 [your school, homeless liaison, migrant coordinator].  
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). <b>Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF</b>

**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 [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]**

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 <b>todos</b> 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:

Marque una identidad étnica:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático                       | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano Latino       |
| <input type="checkbox"/> Blanco                         | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico       | <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino |
| <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Otro                                       |   |

**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: \_\_\_\_\_

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

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS</b>			
Para el Año Escolar _____			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

**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 MEDICAID/SCHIP

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también 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 hacemos.** 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.

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.

**Regrese esta forma a: [address] antes de [date].**

## 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 **[name of program specific to your school]**.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**

**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: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.

**Envíe ésta forma a: [address] antes de [date].**

## TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

---

**Usted debe enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o sus hijos dejarán de recibir comidas gratis o a precio reducido.**

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_:

Estamos verificando su solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente los niños elegibles obtienen comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que pruebe que **[names of children]** son elegibles. Si es posible, envíe copias y no documentos originales. Si usted envía documentos originales solo serán devueltos si usted nos lo pide.

**1. Si usted estaba recibiendo Cupones para Alimentos o TANF cuando solicitó para comidas gratis o a precio reducido o ha recibido éstos desde entonces, envíenos una copia de lo siguiente:**

- Certificación que muestre la fecha de elegibilidad para Cupones para Alimentos o TANF.
- Carta de la oficina de Cupones para Alimentos o la oficina de Bienestar Social que indique que usted ha recibido Cupones para Alimentos o TANF.
- **No envíe su tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés).**

**2. Si usted recibe esta carta para un niño sin hogar, un niño que ha abandonado su hogar o un emigrante, por favor comuníquese con [school, homeless liaison, or migrant coordinator] para pedir ayuda.**

**3. Si el niño es un hijo de crianza:**

Envíenos documentación oficial de la agencia que está patrocinando al niño.

**4. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus niños:**

A. Anote el nombre y el número de Seguro Social para cada adulto que vive en su hogar.

Nombre	Número de Seguro Social (Vea el Acta de Privacidad, página 2)	No tiene Seguro Social
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>
_____	_ _ _ - _ - _ - _ - _ - _ - _	<input type="checkbox"/>

B. Envíe esta página adjunto a los documentos que muestran la cantidad de dinero que su hogar recibe de cada fuente de ingreso.

Los documentos que usted envíe deben mostrar el nombre de la persona que recibió el ingreso, la fecha en que lo recibió y cuanto y cuan frecuentemente lo recibió. **Envíe la información a: [address].**

**Entre los documentos que son aceptados están:**

**Trabajos:** Talonario de cheques o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o documentos de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.

**Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación:** Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta de la concesión de retiro.

**Desempleo, Incapacidad, o Compensación Laboral:** Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de compensación laboral.

**Pagos de Beneficio Social:** Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.

**Sustento de Menores o Pensión de Divorcio:** Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.

**Otros ingresos (como ingresos por renta):** Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia y la fecha en que se recibió.

**Ningún ingreso:** Una nota breve explicando como usted provee comida, vestimenta y techo para su familia y cuando usted espera recibir ingreso.

**Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares:** Carta o contrato de renta que demuestre que su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares.

**Periodo para someter documentos sobre ingresos:** Por favor presente documentos que muestren su ingreso en el momento en que solicita los beneficios. Si usted no tiene los documentos puede someterlos en cualquier momento después de haber llenado la solicitud hasta el momento de la verificación.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame a **[name]** al **[phone number]**. La llamada es gratis **[Toll free or reverse charge explanation]**.

Sinceramente,

**[signature]**

---

Declaración del Acta de Privacidad: 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 si 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.

Declaración de No-Discriminación: 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.

## NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

---

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_:

Nosotros hemos revisado la información que nos envió para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decidido que:

- El estado de elegibilidad de sus niños no ha cambiado.
- A partir de **[date]**, la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Sus niños recibirán comidas sin costo alguno.
- A partir de **[date]**, la elegibilidad de sus niños para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno.
- A partir de **[date]**, **sus niños ya no serán elegibles** para recibir comidas gratis o a precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):
  - \_\_\_ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
  - \_\_\_ Documentos muestran que los niños no son niños sin hogar, que han abandonado su hogar, o emigrantes.
  - \_\_\_ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
  - \_\_\_ Usted no proveyó: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_ Usted no respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[\$]** para el almuerzo y **[\$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar disminuye o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga si usted decide solicitar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** sus niños continuarán recibiendo comidas gratis o a precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name], [address], [phone number]**.

Sinceramente,

**[signature]**

---

**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.