

**Loudoun County Public Schools**  
**SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS PARA 2009-2010**  
**LLENE SÓLO UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela de la división. Lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda para llenar este formulario.

**Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada niño de acogida)**

	PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	# IDENT. DEL ESTUDIANTE (si corresponde)	NÚMERO(S) DE CASO DE ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS O TANF (si corresponde)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Si usted recibe SNAP o beneficios TANF para sus hijos, escriba los números de caso arriba. NO llene las partes 2,3 ó 4. Continúe a la parte 5.**

**Parte 2.** Si el menor para el que llena esta solicitud no tiene hogar, es itinerante o se ha escapado de su hogar, marque la casilla apropiada y llame a su escuela y hable con el encargado de las personas sin hogar o el coordinador para personas itinerantes.  Sin hogar  Itinerante  Escapado **Llene las partes 4, 5, 6 y 7.**

**Parte 3.** Si éste es un NIÑO DE ACOGIDA, de quien el tribunal es responsable, marque aquí  y escriba el ingreso mensual para "uso personal" del menor aquí: \$ \_\_\_\_\_. Escriba "0" si el menor no tiene ingreso para uso personal. **NO llene la parte 4. Continúe a la parte 5.**

**Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES:** (Llene esta parte sólo si no llenó las parte 3, o si usted no incluyó un número de caso de estampillas de alimentos (SNAP) o TANF en la parte 1) Escriba los nombres de todos los residentes del hogar, incluyendo niños. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos **cada cuánto tiempo** se recibe esa cantidad.

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluya a los niños nombrados arriba)	Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba <b>cada cuánto tiempo</b> se recibe esa cantidad, por ejemplo: (W) = Semanal (E) o (2W) = Cada 2 semanas (T) o (2M) = Dos veces al mes (M) = Mensual (Y) = Anual					Marque si no recibe ingreso
		Ingresos por trabajo antes de las deducciones, pagas, salarios, y propinas o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo o ingresos por ser propietario de un negocio.		Asistencia pública, pagos para manutención de niños o de cónyuge	Pensiones, jubilación, seguro social	Cualquier otro ingreso (Vea al dorso del formulario)	
		Trabajo 1	Trabajo 2				
1.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
2.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
3.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
4.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
5.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
6.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
7.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
8.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. IDENTIDAD RACIAL:** Usted no está obligado a contestar esta pregunta. Si decide contestarla, haga una marca al lado de una o varias de las siguientes identidades raciales:

Indígena americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico  Blanco  Otro

**IDENTIDADES ÉTNICAS:** Por favor marque una de las siguientes:  Hispano o latino  No hispano o latino

**Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico:** Su hijo podría reunir los requisitos para otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia que se conoce en inglés como FAMIS. Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO. Su decisión no afectará los requisitos de su menor para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

**Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y dar un número de Seguro Social para que pueda aprobarse. (Vea la declaración de la Ley de Privacidad al dorso).

**PENALIDADES POR TERGIVERSACIÓN:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de estampillas de alimentación o TANF es correcto y que todo el ingreso ha sido informado. Entiendo que esta información se ofrece para recibir fondos federales; que funcionarios oficiales quizá verifiquen la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede dar lugar a una acción judicial en mi contra amparada por las leyes estatales y federales que correspondan.

□□□□-□□□□-□□□□□□

No tengo número de Seguro Social

FIRME AQUI

Número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud Firma del adulto que reside en el hogar Fecha

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE BELOW LINE- SCHOOL USE ONLY- Sólo para uso de oficina**

**Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12**

**TOTAL INCOME/HOW OFTEN:** \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **HOUSEHOLD SIZE** \_\_\_\_\_  SNAP  TANF

Approved Free  Approved Reduced  Temporary, Expires \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

Denied Reason:  Income Too High  Incomplete

Date Approval/Denial Notice Sent To Household: \_\_\_\_\_ Signature of Approving Official: \_\_\_\_\_

**Transferred/Withdrawn Date:** \_\_\_\_\_ **Transferred To:** \_\_\_\_\_

**VERIFICATION SUMMARY- Date Selected:** \_\_\_\_\_ **Date Response Due:** \_\_\_\_\_ **Date of 2<sup>nd</sup> Notice:** \_\_\_\_\_ **Date Results Notice Sent:** \_\_\_\_\_

Verification Results:  No Change  Free to Reduced  Free to Paid  Reduced to Free  Reduced to Paid

Reason for Change:  Income  Household Size  Refused to Cooperate  Change in SNAP/TANF

Date: \_\_\_\_\_ Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene **una solicitud para TODOS los niños en el hogar que van a la escuela** y siga las instrucciones siguientes. Firme la solicitud y entreguela en cualquiera de las escuelas de la división escolar. Llame a la escuela si necesita ayuda.

### PARTE 1: INFORMACIÓN SOBRE LOS ALUMNOS: TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA PARTE 1.

- Escriba los nombres de todos los niños del hogar que van a la escuela.
- Escriba el grado escolar, el nombre de la escuela y el número de identificación escolar (ID#) de cada niño.
- Escriba un número de caso vigente beneficios de estampillas de alimentos (SNAP) o TANF para cada niño. Este número se encuentra en su carta de aprobación. **Si usted escribe un número de estampillas de comida o de TANF, no tiene que escribir el nombre o el ingreso de las personas que residen en su hogar. No hace falta un número de seguro social si se escribe un número de caso de estampillas de alimentos (SNAP) o TANF. Estos hogares deben SALTAR la Parte 4 y LLENAR las Partes 5, 6 y 7.**
- Todos los hogares deben firmar la solicitud en la Parte 7. Los hogares que deben escribir su ingreso en la solicitud, también deben escribir el número de seguro social del adulto que firma la solicitud, o deben marcar la casilla si es que no tienen un número de seguro social.

**PARTE 2: Marque la casilla apropiada y póngase en contacto con su escuela para hablar con el encargado de las personas sin hogar o el coordinador para personas itinerantes. Siga las instrucciones PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES al llenar la solicitud.**

### PARTE 3: HOGARES CON UN NIÑO DE ACOGIDA DEBEN LLENAR LA PARTE 3 Y LAS PARTES 5, 6 Y 7.

La responsabilidad jurídica de un niño de acogida la tiene la agencia de asistencia social o el tribunal.

- Escriba el ingreso para "uso personal" del niño de acogida. Escriba "0" si el niño de acogida no recibe ingreso para "uso personal". El "ingreso para uso personal" es (a) dinero que se entrega por la agencia de asistencia social y que se asigna para el uso personal del menor en categorías tales como, ropa, pagos a la escuela y gastos personales; y (b) todo el dinero restante que recibe el niño, tal como dinero que recibe de su familia y dinero de su empleo de tiempo completo o regular de tiempo parcial. **No llene la Parte 4.** No escriba el nombre de otros niños, ni de personas que residen en el hogar o su ingreso.
- El padre o madre de acogida u otro funcionario que represente al niño debe firmar la solicitud en la Parte 7. No hace falta un número de seguro social. Llene una solicitud para cada niño de acogida.

### PARTE 4: TODOS LOS DEMÁS HOGARES QUE NO TIENEN UN NÚMERO DE ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS (SNAP) O DE TANF EN LA PARTE 1, incluyendo hogares que reciben WIC, DEBEN LLENAR LAS PARTES 4, 5, 6 Y 7.

- Escriba los nombres de todas las personas en su hogar, incluso de las personas que no reciben ingreso. Inclúyase usted, todos los niños que van a la escuela, todos los demás niños, su cónyuge, abuelos y demás personas, aunque no sean familiares que residen en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- Escriba el ingreso de cada persona en su hogar durante el **mes pasado**, antes de la deducción de impuestos u otras cosas. Indique cada qué tiempo se recibe esa cantidad. Por ejemplo, escriba el ingreso bruto de cada persona por su trabajo. La cantidad deberá aparecer en su recibo de pago. Esto no es igual al dinero que usted se lleva para la casa. Es la cantidad antes de descontar los impuestos y otras deducciones. Junto a la cantidad escriba cada qué tiempo la persona recibió esa cantidad. Si el **mes pasado** la persona recibió una cantidad mayor o menor que la habitual, escriba el ingreso habitual de esa persona.
- Un adulto que reside en el hogar debe firmar la solicitud en la Parte 7 y poner su número de seguro social o marcar la casilla si es que no lo tiene.

### DISTINTOS TIPOS DE INGRESO Y CÓMO INFORMARLOS EN LA SOLICITUD

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluya a los niños nombrados arriba)	Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba <b>cada qué tiempo</b> se recibe esa cantidad, por ejemplo: <b>(W) = Semanal (E) o (2W) = Cada 2 semanas (T) o (2M) = Dos veces al mes (M) = Mensual (Y) = Anual</b>				Otros ingresos Beneficios por incapacidad, efectivos sacados de ahorros, interés/dividendos, ingresos de caudales hereditarios/fideicomiso/inversiones, contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar, regalías netas/ anualidades/ ingresos netos de rentas, cualquier otro ingreso	Marque si no tiene ingreso <input type="checkbox"/>
		Ingresos del trabajo Antes de deducciones, pagas, salarios, y propinas, o beneficios por huelga, compensación por estar desempleado, seguro de indemnización por accidentes o enfermedades en el trabajo, ingresos netos por ser propietario de un negocio o una finca.	Asistencia social/ Manutención de hijos/Manutención del cónyuge Pago de asistencia pública, pagos de asistencia social, para la manutención del cónyuge o de hijos	Pensiones/ jubilación/ seguro social Pensiones, Ingreso de seguro social suplementario, ingreso de jubilación, pagos por veterano, seguridad social	Pensiones/ jubilación/ seguro social Pensiones, Ingreso de seguro social suplementario, ingreso de jubilación, pagos por veterano, seguridad social		
		Trabajo 1	Trabajo 2				
(Ejemplo) Jane Smith	42	\$200/W (Semanal)	\$100/E (Cada 2 semanas)	\$150/M (Mensual)	\$100/M (Mensual)	\$50/T (Dos veces al mes)	<input type="checkbox"/>

### PARTE 5: IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA:

Llene la pregunta de identidad racial/étnica si desea. No tiene que responder a esta pregunta para recibir beneficios de comida. Necesitamos esta información para asegurarnos que se tratan a todos de manera justa.

**PARTE 6: OTROS BENEFICIOS** Su hijo o hijos podrían calificar para recibir otros beneficios, como el programa de seguro médico infantil de Virginia conocido como Acceso Familiar a Seguridad de Seguro Médico (FAMIS) y/o Medicaid. La ley permite que la división escolar comparta la información de que usted cumple con los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido con Medicaid y FAMIS. Estos programas pueden usar esta información solo para identificar niños que podrían recibir seguro médico gratis o a bajo costo y para inscribirlos ya sea en Medicaid o FAMIS. Estas agencias no están autorizadas a usar la información de su solicitud de comidas gratis o a precios reducidos para ningún otro propósito. Los funcionarios del Medicaid o FAMIS podrían comunicarse con usted para obtener más información. Usted no está obligado a autorizarnos a compartir esta información con el programa de Medicaid o FAMIS. La decisión que usted tome no afectará la aceptación de sus hijos a recibir comidas gratis o a precio reducido. Si usted no quiere que compartamos su información, por favor marque la casilla correspondiente en la Sección 6 de la solicitud

### PARTE 7: FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA PARTE 7.

- FIRME AQUÍ.** Un adulto residente en el hogar debe firmar la solicitud.
- La solicitud debe tener el número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto que firma no tiene un número de seguro social, deber marcar la casilla  No tengo número de seguro social. Si usted escribió un número de estampillas de alimentos (SNAP) o de TANF para cada niño, o si la solicitud es para un niño de acogida, no hace falta un número de seguro social.

**Declaración de la ley de privacidad:** Salvo que usted escriba el número de estampillas de comida del niño o número de SNAP o TANF, la sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige que usted incluya el número de seguro social del residente del hogar que firma la solicitud o que indique que el mismo no posee un número de seguro social. Usted no está obligado a escribir un número de seguro social, pero si no aparece un número de seguro social o si no se indica que el adulto residente en el hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social, no podemos aprobar la solicitud. El número de seguro social podría usarse para identificar al residente del hogar cuando se verifique la exactitud de la información escrita en la solicitud. Esto podría incluir revisión de programas, auditorías e investigaciones y podría incluir el contacto con empleadores para determinar el ingreso, el contacto con oficinas de estampillas de alimentos SNAP o TANF para determinar la certificación corriente para estampillas de alimentos SNAP o beneficios de TANF, el contacto con la oficina de seguridad de empleo del estado para determinar la cantidad de beneficios que se han recibido y la verificación de la documentación entregada por el residente en el hogar para probar el ingreso recibido. Estos pasos pueden dar lugar a una pérdida o rebaja de los beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si la información dada no es correcta. El número de seguro social podría también revelarse a los programas autorizados por la Ley Nacional de Almuerzos Escolares y la Ley de Nutrición Infantil, el Interventor General de los EE.UU., funcionarios del orden público para la investigación de violaciones de ciertas leyes federales y estatales, así como los programas locales de educación, salud y nutrición.

De acuerdo con las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los EE.UU., se le prohíbe a esta institución cualquier discriminación debido a la raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o minusvalía. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 ó llame al (800) 795-3273 o (202) 720-6382 (TTY). El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) es un empleador y proveedor que da las mismas oportunidades a todos.