

Estimado Padre / Madre o Tutor:

Las Escuelas Públicas de Akron sirven comidas nutritivas cada día lectivo para su población de estudiante. Los estudiantes toman parte en el programa del almuerzo para \$1.10 diario en el nivel de la escuela primaria. Los estudiantes de las escuelas secundarias pueden comprar cinco (5) boletos del almuerzo para \$6.00 (\$1.20) o pagar \$1.35 sin boleto. Las comidas de desayuno, donde aplicable, será servido en ningún costo a los estudiantes a pesar de la posición de comida. Todas comidas deben reunir los estándares de nutrición establecidos por los EE.UU. El departamento de la Agricultura.

Si Ud. recibe actualmente Cupones de Alimentos o OWF para sus para su hijo o hija, este(a) puede ser elegible para comidas gratuitas. **Si Ud. no recibió una nota de su elegibilidad sus hijos en el correo durante el agosto, Ud. debe llenar y volver esta aplicación a la escuela del hijo. (NOTA: LOS NÚMEROS DE CASO DE MEDICAID Y HEALTHY START NO SON ELEGIBLES PARA LAS COMIDAS GRATUITAS. LOS NÚMEROS DE LA TARJETA OHIO DIRECTION NO SON NÚMEROS DE CASO DE CUPONES DE ALIMENTOS.)** Si su ingreso total caen por igual o debajo de la cantidad de la tabla de elegibilidad por ingresos, Ud. podrá ser elegible para comidas gratuitas o reducidas de precio. Un hijo adoptivo puede ser elegible para comidas gratuitas o reducidas de precio a pesar de sus ingresos de la casa. El precio reducido es \$0.40 para el almuerzo. Las comidas de desayuno, donde disponible, serán servido gratis a estudiantes con la posición de las comidas reducidas de precio. La Guía de Elegibilidad in Base a Ingresos Para Comidas Por Precios Reducidos está bajo.

Si Ud. no recibió ninguna Carta de Certificación Directa para su hijo(a), Ud. debe llenar este formulario de solicitud para ese(a) y vuélvelo a la escuela a ser evaluado por comidas gratuitas o reducidas de precio. **NOSOTROS NO PODEMOS APROBAR NINGUN FORMULARIO DE SOLICITUD QUE NO APERECE SIN FALTA.** (Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, sírvase comunicarse con la Oficina de Nutrición del Niño al número (330) 761-1335. Una aplicación correctamente completada asegurará un procesamiento oportuno de la aplicación.)

#### TABLA DE INGRESOS

| <u>PERSONAS EN LA FAMILIA</u> | <u>INGRESO ANUAL \$US</u> | <u>INGRESO MENSUAL \$US</u> | <u>INGRESO SEMANAL \$US</u> |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1                             | 16,391                    | 1,366                       | 316                         |
| 2                             | 22,089                    | 1,841                       | 425                         |
| 3                             | 27,787                    | 2,316                       | 535                         |
| 4                             | 33,485                    | 2,791                       | 644                         |
| 5                             | 39,183                    | 3,266                       | 754                         |
| 6                             | 44,881                    | 3,741                       | 864                         |
| 7                             | 50,579                    | 4,215                       | 973                         |

| <b><u>PERSONAS EN LA<br/>FAMILIA</u></b> | <b><u>INGRESO<br/>ANUAL \$US</u></b> | <b><u>INGRESO<br/>MENSUAL \$US</u></b> | <b><u>INGRESO<br/>SEMANAL \$US</u></b> |
|--|--------------------------------------|--|--|
| 8  | 56,277                               | 4,690                                  | 1,083                                  |
| CADA MIEMBRO<br>ADICIONAL                | +5,698                               | +475                                   | +110                                   |

## **PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD**

**SI UD. RECIBE ACTUALMENTE LOS CUPONES DE ALIMENTOS U OWF PARA SU HIJO(A), (Y NO HA SIDO CERTIFICADO DIRECTAMENTE),** la solicitud debe tener el nombre de su hijo(a), la escuela, el número de caso de Cupones de Alimentos u OWF, y la firma de un miembro adulto de la casa.

**NOTA: NÚMEROS DE CASO DE MEDICAID Y HEALTHY START NO SON ELEGIBLES PARA LAS COMIDAS GRATUITAS. LOS NÚMEROS DE LA TARJETA OHIO DIRECTION NO SON NÚMEROS DE CASO DE CUPONES DE ALIMENTOS.**

**SI ESTA SOLICITUD ES A NOMBRE DE UN HIJO ADOPTIVO,** (vía agencia local, del estado o federal), el formulario de solicitud debe tener el nombre de hijo/a, su ingreso monetario de uso personal, y la firma de un adulto.

**SI UD. NO ESCRIBIÓ UN NÚMERO DE CASO DE CUPONES DE ALIMENTOS U OWF,** la aplicación debe tener el nombre de hijo/a, la escuela, los nombres de todos los miembros de la casa, la cantidad y la frecuencia de ingresos cada persona recibió durante el mes pasado y de donde se recibió, la firma de un miembro adulto de la casa y el número Seguro Social de esa persona, o marque la caja “I do not have a social security number” si el adulto no lo tiene.

**COMPROBACIÓN:** Su elegibilidad puede ser comprobado en cualquier ocasión en el año escolar. Los oficiales escolares pueden pedirle Ud. que mande papeles que muestran que su hijo/a debe recibir las comidas gratuitas o reducidas de precio.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si Ud. no concuerda con la decisión de su aplicación o los resultados de comprobación, puede desear discutirlo con el Coordinador de Servicios de Nutrición de Niño. Puede pedir también una Audiencia Justa. Puede hacerlo por escribir al Director, Student/Counselor Services, Akron Public Schools, 70 N. Broadway, Akron, Oh 44308.

**INSTRUCCIONES PARA INFORMAR CAMBIAN:** Si su hijo/a recibe comidas gratuitas o reducidas de precio a debido a sus ingresos, debe informar a la Oficina de Nutrición de Niño cuando entrada familiar aumente por \$50 o más al mes (\$600 al año) o cuando disminuya el número de miembros familiares. Si su hijo/a recibe comidas gratuitas debido de que ellos obtengan los Cupones de Alimentos u OWF, Ud. debe informar a la Oficina de Nutrición de Niños cuando no es recipiente no más de Cupones de Alimentos u OWF.

**LA CONFIDENCIALIDAD:** Los oficiales escolares utilizan la información en la solicitud solamente a decidir la elegibilidad por los beneficios de comida y verifican los datos. Ellos pueden informar a los oficiales del Título 1 y la Evaluación Nacional de Progreso Educativo que si sus hijos tienen derecho a comidas gratuitas o reducidas de

precio. Compartirán esta información con los programas de la educación, la salud, y la nutrición para ayudarles a evaluar, a financiar o a determinar las ventajas para sus programas. Será proporcionado a los interventores para las revisiones del programa y a los funcionarios de la aplicación de ley para ayudarles a mirar en el uso erróneo de las reglas del programa. La información puede también ser divulgada si usted quisiera que el uso fuera utilizado para otras ventajas.

**SEGURO GRATIS:** Los programas de “Healthy Start” y “Healthy Families” ofrecen seguro de bajo costo y GRATIS a las familias con niños que reciben comidas gratuitas o reducidas de precio. Estos programas incluyen la cobertura de la salud para las visitas del doctor, las inmunizaciones, la examinación física, las prescripciones, dental, visión, salud mental, abuso de la sustancia y más. Para más información o solicitar un formulario, llame por favor al 1-800-324-8680. La información se puede encontrar también en <http://www.state.oh.us/odjfs/ohp/bcps/hshf/index.stm>. Un volante se puede ver en la oficina de todas las escuelas.

\*NOTA: Si ya tiene la tarjeta Ohio Medicaid, ya está recibiendo estos beneficios.

**REAPLICAR:** Ud. puede solicitar los programas de la comida en cualquier ocasión en el año escolar. Si no es elegible ahora, pero tiene un cambio, tal como Ud. queda desempleado, tiene una disminución de ingresos familiares, un aumento en el número de miembros de la familia, o comienza recibir Cupones de Alimentos u OWF para sus hijos, completa otro formulario de solicitud.

**LA DECLARACIÓN DE NO-DISCRIMINACIÓN:** Esto explica lo que hacer si usted cree que usted ha sido tratado injustamente. El Departamento de la Agricultura de los EE.UU. (USDA) prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades en base de raza, sexo, color, origen nacional, edad, invalidez. Para archivar una queja de la discriminación, escribe al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington D.C. 20250-9410 o puede llamar al (202) 720-5964 (la voz y TDD). USDA es un empleador de oportunidad igual. Si un niño ha sido determinado por un doctor a tener una incapacidad y esta previene el niño/a comer la comida regular de escuela, esta escuela hará las sustituciones prescritas por el doctor. Si una sustitución se necesita, no habrá costo adicional por la comida. Si Ud. cree que su hijo/a necesita modificaciones de la dieta debido a su incapacidad, avisa por favor el Departamento de Nutrición de Niño al (330) 761-1335.

**NOTA DE LA ELEGIBILIDAD:** Ud. será notificado de la aprobación o la negación de su aplicación para las comidas gratuitas o reducidas de precio. **Hasta que la notificación del departamento de servicios de Child Nutrition, las provisiones para las comidas de niño sean su responsabilidad.** Cuando el estudiante llega a ser elegible para las comidas gratuitas o reducidas de precio, los boletos / los libros se publicarán en su escuela. Los estudiantes de las escuelas secundarias y medianas estarán disponibles para el fonocaptor del Director de Child Nutrition en la cafetería. Los estudiantes de las escuelas primarias recibirán sus boletos / cartas en sus aulas.

Para mantener los registros exactos y establecer a un conde correcto, las escuelas públicas de Akron requieren el dinero (donde aplicable) sea dado para recibir una comida a menos que el estudiante tenga derecho de las comidas gratuitas. Los estudiantes son responsables de proporcionar el pago diario. Los estudiantes no serán permitidos cargar una comida. Los estudiantes se permitirán otro libro de boletos solamente tres veces durante año escolar.

AKRON PUBLIC SCHOOLS  
BUSINESS AFFAIRS  
CHILD NUTRITION SERVICES

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD**

Para solicitar las comidas gratuitas o reducidas de precio, complete la aplicación usando las instrucciones para su casa. Firme la aplicación y devuélvala a la escuela. Complete por favor otra aplicación por cada niño usando el nombre de niño como aparece en los registros de escuela. Asegúrese que el nombre de la escuela de niño aparece a la cabeza de la aplicación.

---

**LAS CASAS QUE RECIBEN CUPONES DE ALIMENTOS U OWF QUE NO FUERAN CERTIFICADOS DIRECTAMENTE Y SOLICITAN EL PROGRAMA DESPUÉS DEL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR: COMPLETE PARTES I, II Y LA PARTE V.**

- (a) Escriba el nombre de su hijo/a, la dirección, la fecha del nacimiento, la edad, el grado y la clase.
- (b) Escriba un número de caso actual de Cupones de Alimentos u OWF por cada hijo/a.
- (c) Firme la aplicación. Un miembro adulto de la casa debe firmar. (NOTA: Si Ud. escribió un número de caso de Cupones de Alimentos u OWF por cada estudiante, un número de Seguro Social no es necesario.)

**NOTA: LOS NÚMEROS DE CASO DE *MEDICAID* Y *HEALTHY START* NO SON ELEGIBLES PARA LAS COMIDAS GRATUITAS. ¡EL NÚMERO DE LA TARJETA *OHIO DIRECTION* NO ES IGUAL AL NÚMERO DE CASO DE CUPONES DE ALIMENTOS!**

---

**FAMILIAS CON UN HIJO ADOPTIVO: Complete Partes I, III y la Parte V – Un hijo adoptivo es la responsabilidad legal de la provisión social o de las cortes judiciales.**

- (a) Escriba el nombre de su hijo/a, la dirección, la fecha del nacimiento, la edad, el grado y la clase.
- (b) Marque “Yes” que el estudiante es un hijo/a adoptivo/a. Escriba su ingreso de personal uso mensual. No escriba otros hijos, miembros de la familia, ni los ingresos de Ud.. Un hijo adoptivo constituye una familia de uno.
- (c) Un padre adoptivo u otro oficial aprobado que represente el hijo debe firmar la solicitud en Parte V.

(Nota: El número de Seguro Social del padre adoptivo u otro oficial aprobado que represente al hijo no es necesario.)

**“El Ingreso Monetario de Uso Personal”** consiste de (a) dinero proveído por la agencia de provisión para ropa, escuela y gastos personales; y (b) dinero proveído por la familia o por trabajos efectuados, ya sea en trabajos fijos o de tiempo parcial.

---

**OTROS Grupos Familiares: Complete Partes I, IV y la Parte V.**

- (a) Escriba el nombre de su hijo/a, la dirección, la fecha del nacimiento, la edad, el grado y la clase.
- (b) Escriba los nombres con apellidos de todos los que viven en su casa, si o no reciben ingresos. Incluya su nombre y el de su hijo cuyo nombre aparece en este formulario de solicitud, todos otros hijos, su esposo/a, otros parientes y todos sin parentesco que viven en su casa (tal como abuelos, los parientes o los amigos). Favor de utilizar una hoja adicional si más espacio es necesario.
- (c) Escriba la cantidad y frecuencia de ingresos recibido por cada miembro de casa el mes pasado. *Ingresos de empleo:* Escriba **los ingresos sin deducciones** que ganó cada persona durante el mes pasado. No es el mismo que los ingresos después de deducciones. Se debe escribir en el recibo de la paga, o su jefe le puede decir. Próximo a la cantidad, escriba la frecuencia de los ingresos (semanal, cada dos semanas, dos semanas al mes o una vez al mes). *Otros ingresos:* Escriba la cantidad en total que recibió cada persona durante el mes pasado desde **todas otras fuentes**. Incluye los pagos de Bienestar, mantenimiento de familia o pensión alimenticia, pensiones, retiros, Seguro Social, compensación por desempleo, compensación de seguro obrero (reclamación temporaria), beneficios de sindicato por huelga, beneficios, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de veteranos, beneficios de incapacidad, contribuciones regulares de personas que viven afuera la casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Incluye los ingresos después del pago de impuestos desde su propio negocio o campo, o los por arriendo. Próximo a la cantidad, escriba la frecuencia de los ingresos. Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

**¡SI UD. RECIBE UN SOLO CHEQUE POR MES PARA UNAS PERSONAS, ESCRIBA ESTE SOLAMENTE UNA VEZ! ¡NO USAR LAS MARCAS DE DITTO (" ") NI DIBUJE LAS FLECHAS! NO CALCULAR SUS INGRESOS –HACEMOS ESO PARA USTED!**

Ejemplo: La madre recibe uno (1) solo cheque para tres (3) hijos – NO ESCRIBIR la cantidad de este acerca del nombre de cada hijo.

- (d) Un miembro adulto del grupo familiar deber firmar el formulario de solicitud y escribir su número de Seguro Social in la Parte V, o marque la caja si no tiene.

**INSTRUCCIONES PARA CALCULAR LOS INGRESOS (ANTES DEL PAGO DE IMPUESTOS):**

ESCRIBA EL TIPO DE INGRESOS RECIBIÓ EL MES PASADO, Y CÓMO SE RECIBIÓ. POR FAVOR NO INFORME LOS MISMOS INGRESOS DOS VECES, NI LO TOTALIZA INGRESOS.

EJEMPLO: \$100.00/SEMANAL      \$100.00/CADA DOS SEMANAS  
                  \$100.00/MENSUAL      \$100.00/DOS SEMANAS AL MES (fechas de pago el quince y el treinta del mes)

**Ingreso**

Salario, sueldo, propinas

Beneficios de Incapacidad de largo plazo  
(incluye los permanentes de seguro obrero)

**Bienestar, Mantenimiento de Familia,**

**Pensión Alimenticia**

Pagos de ayuda publica

Pagos de Bienestar (No se incluye los Sellos de Alimento)

Pagos de mantenimiento de familia o pensión alimenticia

Retiros

**Otros Ingresos**

Interés, dividendos

Ingreso de confianzas, estados, inversiones

Contribuciones regulares de personas que viven afuera la casa

Derechos netos de autor, Pensión vitalicia, Neto por arriendo

Dinero sacado de su cuenta de ahorro

Ingresos después del pago de impuestos desde su propio negocio o campo

Cualquier otro ingreso

**Mensual Temporario**

Compensación por Desempleo

Compensación de seguro obrero (reclamación temporaria)

Negocios de empleo temporario

Beneficios de sindicato por huelga

**Pensiones, Retiros y Seguro Social**

Pensiones

Seguridad de Ingreso Suplementario

Beneficios de Incapacidad temporarios

Beneficios de veteranos

Seguro Social

---

**FIRMA Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL: TODAS FAMILIAS DEBEN COMPLETAR ESTA PARTE.**

- (a) El formulario debe tener la firma de un miembro adulto del grupo familiar.
- (b) El miembro adulto del grupo familiar que firme la declaración debe incluir su número de seguro social. Si este adulto no tiene, marque el caja "I do not have a social security number."

(Nota: No se necesita un número de seguro social si anota un número de caso de cupones de alimentos u OWF o si está solicitando par un niño a cargo de los servicios sociales.)

---

**IDENTIDAD RACIAL / ÉTNICA:**

Conteste esta pregunta si quiera. No está obligado a contestar esta pregunta para obtener beneficios para comidas, pero al completar esta información ayudará a asegurar que se trata a todos en forma justa.

---

**OTROS BENEFICIOS: (SEGURO GRATIS)** Los programas de “Healthy Start” y “Healthy Families” ofrecen seguro de bajo costo y GRATIS a las familias con niños que reciben comidas gratuitas o reducidas de precio. Estos programas incluyen la cobertura de la salud para las visitas del doctor, las inmunizaciones, la examinación física, las prescripciones, dental, visión, salud mental, abuso de la sustancia y más. Para más información o solicitar un formulario, llame por favor al 1-800-324-8680. La información se puede encontrar también en <http://www.state.oh.us/odjfs/ohp/bcps/hshf/index.stm>. Un volante se puede ver en la oficina de todas las escuelas.

\*NOTA: Si ya tiene la tarjeta Ohio Medicaid, ya está recibiendo estos beneficios.