



TOLLESON UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **Tolleson Union High School District** ofrece alimentación sana todos los días. **El desayuno cuesta \$1.50; el almuerzo cuesta \$2.75. Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.** El precio reducido es **\$0.30** para el desayuno y **\$0.40** para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- a. Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **SNAP Estatal, el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o TANF Estatal.**
- b. Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- c. Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- d. Niños que cumplen con la definición de “sin casa”, “fugitivo”, o “migrante”.
- e. Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2015-2016			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$21,775	\$1,815	\$419
2	\$29,471	\$2,456	\$567
3	\$37,167	\$3,098	\$715
4	\$44,863	\$3,739	\$863
5	\$52,559	\$4,380	\$1,011
6	\$60,255	\$5,022	\$1,159
7	\$67,951	\$5,663	\$1,307
8	\$75,647	\$6,304	\$1,455
Cada persona adicional:	\$7,696	\$642	\$148

- 2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO “SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?” ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico al **escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.**
- 3. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte al **Departamento de Servicios de Alimento y Nutrición al 623-478-4061** inmediatamente.
- 4. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud “Comida Gratuita y de Precio Reducido” por todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada al **gerente de la cafetería de la escuela.**
- 5. ¿QUIEN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO BAJO? Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Ingresos, se muestran arriba.
- 6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su

hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

7. **RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA?** Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. **¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY?** Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. **SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES?** Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.
10. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al **Departamento de Servicios de Alimento y Nutrición, 9801 W. Van Buren Street, Tolleson, AZ 85353, Attn: Kimberly Luvisi** o kimberly.luvisi@tuhsd.org o llame 623-478-4061.
11. **¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO?** Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.
12. **¿A QUIENES TENGO QUE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA?** Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos o gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), no los incluya.
13. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES?** Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
14. **ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE?** Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. **MI CÓNYUGE ESTÁ DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGA DE COMBATE ES CONTADO COMO INGRESO?** No, si el pago de combate se recibe adicionalmente del salario básico debido a la implementación y no fue recibido antes de que él / ella se desplegó, el pago de combate no se cuenta como ingreso. Póngase en contacto con la escuela de su hijo para obtener más información.
16. **¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET?** No. El distrito no tiene la opción de solicitar por internet.
17. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS?** Para enterarse de cómo solicitar **SNAP Estatal** u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia o llame 1-800-352-8401

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **623-478-4061**.

Atentamente,

Kimberly Luvisi
Directora de Servicios de Alimento y Nutricion

TUHSD Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2015-2016

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

THIS SPACE IS FOR SCHOOL OFFICIAL USE ONLY

Application is complete
 Selected for Verification

Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Confirmed Eligibility: FREE REDUCED PAID ERROR-PRONE?
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
 Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____

NOTES: _____

PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de **migrante, sin hogar, o fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea **"Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido"**.

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	ID#

ID# _____
 ID# _____
 ID# _____
 ID# _____
 ID# _____

Marque si estudiante de **Tolleson Union High School District**

Marque la casilla al lado del nombre del niño(a) titulada "Sin Hogar, migrante, Fugitivo" y complete todos los pasos de la solicitud, o foster.

Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugitivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR?

SNAP TANF FDPIR

NO > Complete PASO 3. **SÍ** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

No. de Caso: _____

PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el PASO 2).

Favor de leer **"Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido"** para más información. La sección **"Fuentes de ingreso para niños"** le ayudará responder a la pregunta sobre el **Ingreso del Niño (A)**. La sección **"Fuentes de ingreso para los adultos"** le ayudará responder a la pregunta sobre **Todos los Miembros Adultos del Hogar (B)**.

A. Ingreso del Niño
 A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

¿Con qué frecuencia?

Ingreso del niño \$ _____

semana	quincenal	2x mes	1x mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)
 Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ mantención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?				Pension/Jubilación/ otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos) _____

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar _____

Indique si no hay SSN

PASO Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible) _____ Apartamento # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono y correo electrónico (opcional) _____

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde): _____ Firma del adulto que llenó el formulario: _____ Fecha de hoy: _____

OPCIONAL**Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza e etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque uno):

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Americano Africano
 Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico Sur
 Blanco

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, la información que dio en su Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducidas puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precio reducido.

- NO! YO NO QUIERO que la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido sean compartidos con cualquiera de estos programas.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.
- Sí! Deseo que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para para comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **[NOMBRE DEL PROGRAMA ESPECÍFICO DE SU ESCUELA / DISTRITO]**.

Si marcó sí a cualquiera o todas las casillas de arriba, rellenar la siguiente información. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____
 Nombre Impreso: _____ Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Kimberly Luvisi** al **623-478-4061** o por correo electrónico a **kimberly.luvisi@tuhsd.org**.
 Devuelva este formulario al: **gerente de la cafetería de la escuela**.

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retaliación por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de cualquier programa pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: programa.intake@usda.gov.

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.