

Solicitud Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido 2011–2012

Division of Food and Nutrition Services • MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Rockville, Maryland 20855

www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv - (Traducciones Disponibles)

ELIG	_____
INITIALS	_____
DATE	_____
SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA	

La elegibilidad para beneficios de comidas del pasado ciclo escolar permanecerá vigente solamente hasta septiembre 2011 O hasta que se haya procesado una solicitud para 2011-2012.

- Si usted **NO** está solicitando subvención para comidas, descarte este formulario.
- Si usted **ESTÁ** solicitando subvención para comidas gratis o a precio reducido, complete todas las secciones apropiadas de esta solicitud. Las solicitudes incompletas no pueden ser aprobadas y serán devueltas.
- Llene UNA sola solicitud para **TODOS los estudiantes en su casa**—incluyendo estudiantes de Pre-K y Kindergarten y estudiantes en hogares de adopción provisoria—**aunque todos concurren a escuelas diferentes.**

A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. Enumere a TODOS los estudiantes matriculados en Montgomery County Public Schools ÚNICAMENTE, Número de Identificación del Estudiante, Fecha de Nacimiento, Escuela y Grado. Si TODOS los estudiantes de la lista son estudiantes en hogares de adopción provisoria, pase directamente a la Parte E para la firma y domicilio. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja adicional. Indique todos los ingresos actuales del estudiante, antes de gastos y deducciones de impuestos, etc., e indique cuán frecuente es el pago: semanal (wk), cada dos semanas (bi-wk), dos veces al mes (twice), o mensual (mo).										B. NÚMERO DE CASO			
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA/MOLDE										MARQUE AQUÍ si el estudiante está en adopción provisoria	Foster Child		
Apellido Last Name	Primer Nombre First Name	Inicial MI	# de Estudiante Student ID #				Fecha de Nacimiento Birth Date	Escuela School	Grado Grade			INGRESOS DEL ESTUDIANTE	Amount
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>
													<input type="checkbox"/>

Escriba el Número de CASO si su unidad familiar cualifica para FSP o TCA. No se acepta números de seguro social (Social Security), Medicaid o EBT. Debe ser un número de nueve dígitos.

Si se suministra un número de caso, la información sobre los ingresos y los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social no son necesarios, pase directamente a la Parte E.

Se requiere la firma de un adulto de la unidad familiar y del domicilio.

C. SI SU SOLICITUD ES PARA UN NIÑO/A SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE HA HUIDO DE SU CASA, SELECCIONE UNA OPCIÓN: ___ SIN HOGAR ___ MIGRANTE ___ HA HUIDO DE SU CASA y llame a su escuela o Contacto Para Personas Sin Hogar (Homeless Liaison), teléfono 301-279-3322.

D. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR. Enumere todas las demás personas que viven en su casa, NO INCLUYA LOS ESTUDIANTES DE LA PARTE A. Su unidad familiar incluye a todas aquellas personas que viven bajo una unidad económica—incluye usted y cualquier otra persona que viva con usted, sea o no pariente suyo, incluyendo a todos los niños adoptados provisoriamente (foster) que no figuren en la Parte A. Incluya todos los ingresos de la unidad familiar antes de gastos y deducciones de impuestos, etc., y la frecuencia en que se reciben: semanalmente (wk), cada dos semanas (bi-wk), dos veces al mes (twice), o mensualmente (mo). Si sus ingresos varían, escriba la cantidad que usted recibe usualmente.										MARQUE si NO Tiene Ingresos	
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA/MOLDE										Check if No Income	
Apellido Last Name	Primer Nombre First Name	Inicial MI	Trabajo 1–INGRESOS por TRABAJO antes de deducciones		Trabajo 2–INGRESOS por TRABAJO antes de deducciones		TODO LOS DEMÁS INGRESOS Sustento de Menores, Pensión Matrimonial, TCA, Jubilación, Seguro Social		Amount		Cuán Frecuente How Often
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>
											<input type="checkbox"/>

E. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL. Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud es veraz y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información está siendo suministrada para que la escuela reciba fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información; y, que si yo suministro información falsa a propósito, mi hijo/a podría perder sus beneficios de alimentación y yo podría ser sujeto/a a acción judicial.

Firma, Persona Adulta del Hogar Signature, Adult in Household _____	Seguro Social Últimos 4 Dígitos (SSN #) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social. I do not have a Social Security Number)
Escriba Su Nombre (Letra de Imprenta/Molde) Print Name _____	Teléfono de la Casa Home Phone _____	
Domicilio Address _____	Ciudad City _____	
	Código Postal ZIP Code _____	
	Teléfono del Trabajo Work Phone _____	
		Fecha Date _____

* Declaración del Acta de Derecho a la Privacidad: A continuación se explica cómo se emplea la información que usted suministra. Richard B. Russell National School Lunch Act exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado/a a suministrar la información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar las comidas gratis o a precio reducido para su hijo/a. Se debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta de la unidad familiar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son obligatorios cuando la solicitud es únicamente para beneficio de un estudiante en un hogar de adopción provisoria, o si la persona suministra un número de caso del programa de suplemento alimentario (Food Supplement) o de asistencia monetaria provisoria (Temporary Cash Assistance), o cuando se indica que el adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratis 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 educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a evaluar, destinar fondos o determinar los beneficios de sus programas, auditores para la fiscalización del programa y oficiales de policía para la investigación de violaciones de los reglamentos del programa.

Division of Food and Nutrition Services
Montgomery County Public Schools
16644 Crabbs Branch Way • Rockville, Maryland 20855

Estimados Padres/Guardianes:

Montgomery County Public Schools sirve desayuno y almuerzo todos los días lectivos. Si el ingreso total de su unidad familiar es igual o inferior a las cifras que figuran en el **Cuadro de Ingresos** que aparece abajo, su hijo/a podría ser elegible para recibir **comidas gratis o a precio reducido**.

Los siguientes estudiantes **podrían** ser elegibles para recibir comidas gratis:

- Estudiantes inscriptos en el programa Even Start
- Estudiantes que provienen de hogares que participan en WIC

Los siguientes estudiantes podrían **ser elegibles** para recibir comidas gratis:

- Estudiantes en hogares de adopción provisoria
- Estudiantes que no tienen un hogar legítimo o que han huido de su hogar
- Estudiantes inscriptos en el programa Migrant Education
- Estudiantes inscriptos en el programa Head Start
- Estudiantes que provienen de hogares que reciben beneficios de Food Supplement Program (FSP) o de Temporary Cash Assistance (TCA)

NO SE EXIGE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE PARA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

CUADRO DE INGRESOS				
NÚMERO DE PERSONAS EN LA UNIDAD FAMILIAR		INGRESOS		
		ANUALES	MENSUALES	SEMANALES
1	\$	20,147	1,679	388
2		27,214	2,268	524
3		34,281	2,857	660
4		41,348	3,446	796
5		48,415	4,035	932
6		55,482	4,624	1,067
7		62,549	5,213	1,203
8		69,616	5,802	1,339
Por cada miembro adicional de la familia agregue:		\$ 7,067	589	136

INGRESOS A SER REPORTADOS	
Reporte todos los ingresos antes de que se deduzcan o se retiren los impuestos, el seguro y otros gastos.	
Sueldo, Salarios, Propinas	Fondos en Efectivo Provenientes de Ahorros
Beneficios de Huelga	Pagos a Veteranos
Compensación por Desempleo	Beneficios por Discapacidad
Compensación al Trabajador	Interés, Dividendos
Ingresos Provenientes de una Granja de Pertenencia Propia o de un Negocio	Ingresos Inmobiliarios y Fideicomisos
Pagos de Temporary Cash Assistance (TCA)	Ingresos de Inversiones
Pensión Matrimonial y Sustento de Menores	Ingresos de Cualquier Persona Que No Viva en la Unidad Familiar
Pensiones e Ingresos de Jubilación	Ingresos por Derechos de Autor, Renta Vitalicia
Todo el Ingreso de Seguro Social, incluyendo ingreso suplementario de seguro social (Supplemental Social Security)	TOTALIDAD de otros ingresos
NOTA: Si usted pertenece a la iniciativa de vivienda militar privatizada (Military Privatized Housing Initiative) o si recibe pago por combate, no reporte estos beneficios como ingreso.	

Todas las comidas que se sirven deben cumplir con las normas de nutrición establecidas por U.S. Department of Agriculture. Si un médico ha determinado que un estudiante tiene un impedimento que le impide consumir comidas regulares en la escuela, la escuela realizará las sustituciones recetadas por el médico sin cargo adicional por dicha comida. Si usted cree que su hijo/a necesita sustituir alimentos por causa de un impedimento, por favor comuníquese con nosotros para mayor información.

PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO, SE DEBERÁ LLENAR UNA NUEVA SOLICITUD CADA AÑO, A MENOS QUE A USTED SE LE HAYA INFORMADO QUE SU HIJO/A ES ELEGIBLE PARA EL NUEVO CICLO ESCOLAR.

Confidencialidad—Las autoridades escolares usan la información de la solicitud para determinar si su hijo/a debería recibir comidas gratis o a precio reducido. Además, el nombre y estado de elegibilidad de su hijo/a podrían ser:

- Suministrados a autoridades locales de Title 1 para propósitos de asignación y evaluación.
- Utilizados para análisis de Evaluación Nacional del Progreso Educacional (National Assessment of Educational Progress) u otros propósitos autorizados.
- Suministrados a otros programas Federales o Estatales de educación o programas Estatales de salud.

Se prohíbe cualquier otro uso de esta información.

Solicite Comidas—Usted puede solicitar comidas en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted no cualifica en este momento, puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted queda sin empleo, podría ser elegible para recibir beneficios de comida durante el tiempo que esté sin trabajar.

Verificación—Las autoridades escolares podrían pedirle un comprobante de sus ingresos o de sus beneficios de Food Supplement Program (FSP) (anteriormente conocido como Food Stamps), o de Temporary Cash Assistance (TCA) en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted no pudiese presentar un comprobante, su hijo/a podría dejar de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Audiencia Imparcial—Si usted no está de acuerdo con la decisión con respecto a los beneficios de comidas para su hijo/a o los resultados de la Verificación, usted puede hablar con las autoridades escolares. Además, usted puede solicitar una audiencia imparcial llamando o escribiendo a:

Director, Department of Materials Management
16644 Crabbs Branch Way
Rockville, MD 20855
Teléfono: 301-840-8170

Por favor comuníquese con Montgomery County Public Schools para pedir documentos en otros idiomas referentes al programa, o si usted necesita asistencia para llenar la solicitud. Llame al 301-840-8170 (puede hacer la llamada a cobro revertido) o llame al número para retransmisión (Maryland Relay): 800-735-2258.

Atentamente,



Marla R. Caplon, Directora

Division of Food and Nutrition Services

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted opina que se le ha tratado injustamente. "En conformidad con las leyes Federales y las políticas de U.S. Department of Agriculture (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, género sexual, edad o impedimento". Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992. Las personas con deficiencia auditiva o con impedimentos para hablar pueden ponerse en contacto con USDA usando el servicio federal de retransmisión (Federal Relay System), teléfono (800) 877-8339 ó (800) 845-6136 (para llamadas en español). USDA brinda igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de sus servicios.

Maryland State Department of Education no discrimina en base a edad, ancestro, color, credo, identidad y expresión de género sexual, información genética, estado civil, impedimento, nacionalidad, raza, religión, género u orientación sexual para asuntos que afectan el empleo o para proporcionar acceso a programas. Para consultas relacionadas a las políticas de Maryland State Department of Education, por favor comuníquese con: Equity Assurance and Compliance Branch, Office of the State Superintendent, Maryland State Department of Education, 200 West Baltimore Street, Baltimore, MD 21201-2595, 410-767-0433 (Voz), 410-767-0431 (FAX), 410-333-6442 (TTY/TDD).

Compartiendo Información con Otros Programas—

La información que usted suministre será utilizada para determinar la elegibilidad de su hijo/a para recibir comidas gratis o a precio reducido. El estado de elegibilidad de su hijo/a también puede ser utilizado para otros propósitos autorizados, ser compartido con funcionarios locales de Title 1 y ser utilizado para análisis de Evaluación Nacional del Progreso Educacional.

Su familia podría también ser elegible para recibir beneficios de asistencia alimentaria bajo el Programa FSP o para beneficios del programa Women's, Infants, and Children (WIC). Para compartir su información con estos programas, debemos contar con su permiso. Su decisión al respecto no cambiará en nada que su hijo/a reciba o no comidas gratis o a precio reducido. Si usted desea que su información se comparta con FSP o WIC, marque el casillero que dice "Sí". Si selecciona "Sí", a usted lo/la podrían llamar para que presente una solicitud para beneficios de FSP o de WIC.

Sí, deseo que la información de la Solicitud Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido sea compartida con FSP.

Sí, deseo que la información de la Solicitud Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido sea compartida con WIC.

Los niños que son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido en la escuela podrían también obtener seguro de salud gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o a través de MD Children's Health Insurance Program (MCHIP). La ley nos permite informar a Medicaid y a MCHIP que su hijo/a es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, a menos que usted diga que no. Su decisión al respecto no cambiará en nada que su hijo/a reciba o no comidas gratis o a precio reducido. Si usted no desea que la información sea compartida con Medicaid o con MCHIP, marque el casillero que dice "NO".

NO, NO QUIERO que la información de mi Solicitud Para Recibir Beneficios de Comidas Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con MCHIP.