

Scott County Schools
USD #466 • 704 S. College Street • Scott City, KS 67871
Office Phone: 620-872-7605 • Fax: 620-872-7609

Estimado Padre/Tutor:

Su niño podría ser elegible para recibir comidas escolares saludables a un precio reducido o en forma gratuita. A continuación se encuentran las preguntas y respuestas acerca de quién es elegible y cómo realizar la solicitud:

Gastos de Comidas	Primaria		Intermedia		Secundaria	
	Precio Total	Precio Reducido	Precio Total	Precio Reducido	Precio Total	Precio Reducido
<input checked="" type="checkbox"/> Almuerzo	2.60	.40	2.70	.40	2.85	.40
<input checked="" type="checkbox"/> Desayuno	1.80	.30	1.85	.30	2.00	.30
<input type="checkbox"/> Refrigerio luego de la Escuela						

1. **¿Debo completar una solicitud para cada niño?** Utilice una solicitud para todos los estudiantes en su grupo familiar. Ingrese toda la información requerida y devuelva la solicitud completada a: Kathy Eaton • 704 S. College • Scott City, KS. 67871 • 620-872-7605. No podemos aprobar una solicitud que no está completa, por lo tanto asegúrese de completar toda la información requerida.
2. **¿Quién puede obtener comidas gratuitas?** Los estudiantes en grupos familiares que reciben Asistencia Alimentaria, Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) pueden obtener comidas gratuitas independientemente de su ingreso. También, los estudiantes en su grupo familiar pueden obtener comidas gratuitas si los ingresos brutos de su grupo familiar están dentro de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.
3. **¿Pueden los niños en cuidado sustituto obtener comidas gratuitas?** Si, los niños en cuidado sustituto que están bajo la responsabilidad legal de una agencia Estatal de bienestar de niño o de la corte son elegibles para comidas gratuitas, independientemente de los ingresos. El Estado debe conservar la custodia legal de un niño. Cualquier niño en cuidado sustituto en el grupo familiar es elegible para comidas gratuitas independientemente del ingreso.
4. **¿Puede un desamparado, fugitivo, inmigrante, o Head Start estudiante obtener comidas gratuitas?** Si, los niños que cumplen con la definición de desamparado, fugitivo, inmigrante, o inscritos en Head Start califican para comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus niños obtendrán comidas gratuitas, por favor comuníquese con la Persona de Enlace de Estudiantes Desamparados, Coordinador de Inmigrantes de la escuela, o Head Start Oficial: Charlene Salas • 620-872-7660
5. **¿Quién puede obtener comidas a precio reducido?** Los estudiantes en su grupo familiar pueden obtener comidas a precio reducido si los ingresos de su grupo familiar están dentro de los límites de precio reducido en las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos (consultar el cuadro al dorso del formulario de solicitud).
6. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta de la escuela este año diciendo que mis niños tienen la aprobación para comidas gratuitas?** Por favor lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si tiene preguntas, comuníquese con el Oficial que toma la Decisión: Kathy Eaton • 704 S. College • Scott City, KS. 67871 • 620-872-7605
7. **La solicitud de mi niño fue aprobada el año pasado. ¿Debo completar otra?** Si, la solicitud de su niño solo tiene validez por el año escolar y hasta 30 días hábiles de este nuevo año escolar. A menos que usted sea notificado que su niño ha sido certificado directamente o presente una solicitud que sea aprobada, el niño debe pagar el precio total de las comidas escolares. La escuela no enviará un recordatorio ni un aviso acerca de la elegibilidad vencida cuando el período remanente finaliza.
8. **Recibo el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés). ¿Puede(n) mi(s) niño(s) obtener comidas gratuitas?** Los estudiantes en los grupos familiares que participan del WIC pueden ser elegibles para comidas a precio reducido o gratuitas. Por favor complete una solicitud.
9. **¿Será controlada la información que proporcione?** Si, nosotros podríamos solicitarle que envíe un comprobante por escrito.
10. **Si no califico ahora, ¿puedo presentar la solicitud más adelante?** Si, usted puede presentar la solicitud en cualquier momento del año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre o tutor se queda sin empleo pueden ser elegibles para comidas gratuitas y a precio reducido si el ingreso del grupo familiar cae por debajo del límite de ingresos.
11. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela acerca de mi solicitud?** Hable con el Oficial que toma la Decisión. También puede solicitar una audiencia comunicándose con el Funcionario de Audiencia. L. Jamie Rumford • 704 S. College • Scott City, KS. 67871 • 620-872-7600
12. **¿Puedo presentar la solicitud si alguien en mi grupo familiar no es ciudadano de los Estados Unidos?** Si. No es necesario que usted o su(s) niño(s) sean ciudadano(s) de los Estados Unidos para calificar para comidas a precio reducido o gratuitas.
13. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi grupo familiar?** Debe incluir a todas las personas que viven en su grupo familiar, sean o no parientes (como ser abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Debe incluirse a usted y a todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas que usted no mantiene, no comparten los ingresos con usted o sus niños y pagan una proporción prorrateada de los gastos) no los incluya.
14. **¿Qué sucede si mis ingresos brutos no son siempre los mismos?** Liste el monto que recibe normalmente. Por ejemplo, si sus ingresos brutos normales son \$1,000 cada mes, pero el mes pasado perdió algún trabajo y solo recibió \$900, anote que obtiene \$1,000 por mes. Si normalmente trabaja horas extras, inclúyalas, pero solo si lo hace en forma regular.
15. **Estamos en el ejército. ¿Incluimos nuestro subsidio por vivienda como ingreso?** Si recibe subsidio por vivienda fuera de la base, este debe ser incluido como ingreso. Sin embargo, si la vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su subsidio por vivienda como ingreso. Todos los otros subsidios deben ser incluidos en sus ingresos brutos.
16. **Mi cónyuge está desplegado/a en zona de combate. ¿Se cuenta su pago por combate como ingreso?** El pago por combate no se cuenta como ingreso si es recibido además del pago básico y no era recibido antes del despliegue.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas que podamos solicitar?** Comuníquese con la División para Niños y Familias de Kansas (DCF) 1-888-369-4777 o visite www.dcf.ks.gov.

If you have other questions or need help, call: Kathy Eaton • 620- 872-7605
 Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: Kathy Eaton • 620-872-7605
 Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: Kathy Eaton • 620-872-7605

Para materiales traducidos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés), visite <http://www.fns.usda.gov/school-meals/family-friendly-application-translations>.
Para las traducciones en Español del Departamento de Educación del Estado de Kansas (KSDE por sus siglas en inglés), visite http://www.kn-eat.org/SNP/SNP_Menus/SNP_Admin_Foreign_Language_Translations.htm.

Formulario 3-B – 6/2014 – Página 2

Formulario 3-B – 5/2013 – Página 2

Cómo Presentar la Solicitud para Comidas a Precio Reducido o Gratuitas

Si su grupo familiar recibe Asistencia Alimentaria, TAF o FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Ingrese la siguiente información:

- Primer nombre y apellido de cada miembro del grupo familiar.
- Escuela y nivel escolar de cada estudiante.

Parte B: Liste el número de caso para cualquier miembro del grupo familiar (incluso los adultos) que recibe beneficios de Asistencia Alimentaria, TAF o FDPIR

- No se puede aceptar un número de Medicaid.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Omite esta parte.

Parte E: Firme y coloque la fecha en el formulario. No son necesarios los cuatro últimos dígitos de un número de Seguro Social.

Si usted está presentando la solicitud para un NIÑO EN CUIDADO SUSTITUTO, siga estas instrucciones.

Si todos los niños en el grupo familiar son niños en cuidado sustituto:

Parte A: Liste todos los niños en cuidado sustituto y el nombre y nivel de la escuela para cada niño. Marque la casilla que indique que el niño es un niño en cuidado sustituto.

Parte B: Omite esta parte.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Omite esta parte.

Parte E: Firme y coloque la fecha en el formulario. No son necesarios los cuatro últimos dígitos de un número de Seguro Social.

Si algunos de los niños en el grupo familiar son niños en cuidado sustituto:

Parte A: Liste todos los miembros del grupo familiar incluso el/los niño(s) en cuidado sustituto.

- Marque la casilla si el niño es un niño en cuidado sustituto.
- Siga los procedimientos abajo para Todos los Otros Grupos Familiares.

TODOS LOS OTROS GRUPOS FAMILIARES, incluso grupos familiares WIC, sigan estas instrucciones.

Parte A: Liste todos los miembros del grupo familiar que viven en el grupo familiar, sean o no parientes (como ser abuelos, otros parientes o amigos) y el nombre de la escuela y nivel escolar de cada estudiante. Para cualquier persona, incluso niños, sin ingresos, usted debe marcar la casilla "Ingreso Cero". Adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio.

Parte B: Si el grupo familiar no tiene un número de caso, omite esta parte.

Parte C: Informe los ingresos BRUTOS de todos los miembros del grupo familiar correspondientes al mes pasado. Ingresos brutos son el monto ganado PREVIO a impuestos y a cualquier otra deducción. NO es lo mismo que salario neto. El monto bruto debería estar listado en el talón de pagos.

- Liste los **ingresos brutos** ganados por cada miembro del grupo familiar por su trabajo y haga un círculo en el código Frecuencia que muestra la frecuencia con la cual recibe los ingresos.
- Liste el monto que la persona recibió el mes pasado de otros ingresos incluso bienestar, manutención de niño, pensión alimentaria, pensiones jubilatorias, Seguridad Social, Compensación del Trabajador, desempleo, beneficios por huelga, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios de veteranos (beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones periódicas de personas que no viven en su grupo familiar y CUALQUIER OTRO INGRESO. Haga un círculo en el **código de Frecuencia que muestra la frecuencia con la cual se recibe el ingreso.**
- Si el grupo familiar tiene **ingresos por empleo por cuenta propia** (como ser un negocio propio, ingresos por un campo o alquiler), informe los ingresos netos en las columnas Ganancias por Trabajo. Consulte al dorso del formulario de solicitud para obtener las instrucciones acerca del informe de ingresos por cuenta propia.
- Si el grupo familiar está en la **Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares** o recibe pago por combate, NO incluya estos subsidios como ingreso.

Parte D: Si **cualquier** niño por el cual está presentando la solicitud está desamparado, es inmigrante, fugitivo o inscritos en Head Start, marque la casilla apropiada y llame a la escuela del niño.

Parte E: **Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar y colocar la fecha en el formulario y listar los cuatro últimos dígitos del número de su Seguro Social o marcar la casilla si él/ella no tienen uno.**

Solicitud 2014-2015 para Beneficios del Programa de Nutrición de Niño

¡Importante! ¡Importante! Siga cuidadosamente las instrucciones. No se puede aprobar una solicitud incompleta. Complete una solicitud por grupo familiar. Devuelva la solicitud completa a la escuela.

A. MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR						C. INGRESOS BRUTOS TOTALES DEL GRUPO FAMILIAR PREVIO A CUALQUIER DEDUCCIÓN			
Liste los Nombres de TODOS los Miembros del Grupo Familiar		Complete estas columnas SOLO para los Estudiantes Inscritos en este Distrito.		Marque si es un Niño en Cuidado Sustituto. Omita hasta Parte E para firmar este formulario si TODOS son Niños en Cuidado Sustituto.		Frecuencia: Haga un círculo en UNO al lado de cada monto de ingreso: S=Semanalmente 2S=Cada 2 semanas Q =Quincenalmente M= Mensualmente A=Anualmente			
Primer Nombre	Apellido	Nombre de la Escuela (o "NA" si el niño no está en la escuela)	Nivel escolar			Ganancias provenientes del Trabajo		Otros Ingresos Periódicos	
						Monto	Seleccionar La Frecuencia	Monto	Seleccionar La Frecuencia
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
7.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A
8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		S 2S Q M A		S 2S Q M A

B. BENEFICIOS: Si cualquier miembro de su grupo familiar recibe Asistencia Alimentaria, TAF o FDPIR, proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios y omita a Parte E. Si nadie recibe estos beneficios, vaya a Parte C.

Nombre: _____ Número de Caso: _____

D. Si cualquier niño por el cual está presentando la solicitud está desamparado, es inmigrante, fugitivo o inscritos en Head Start, marque la casilla apropiada y llame a la escuela del niño. Desamparado Inmigrante Fugitivo Head Start

E. FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud. SI LA PARTE C ESTÁ COMPLETA, el adulto que firma el formulario también debe listar los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguro Social (SSN) o marcar en la casilla "no tengo un SSN". (Consulte la Declaración de Privacidad al dorso de esta solicitud).

Nombre en Letra de Imprenta: _____ Teléfono durante el Día: _____ Teléfono durante la Noche: _____

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Comprendo que la escuela recibirá los fondos Federales y Estatales en base a la información que proporciono; los funcionarios escolares pueden verificar la información; y si yo proporciono intencionalmente información falsa, mi(s) niño(s) puede(n) perder los beneficios de comidas y yo puedo ser acusado bajo los estatutos penales Federales y Estatales correspondientes.

Firme Aquí X _____ Fecha: _____ Cuatro últimos dígitos del SSN: ***-**-_____ O No tengo un SSN

PARA USO POR PARTE DE LA ESCUELA SOLAMENTE. NO ESCRIBA MÁS ABAJO.

Application Type (check one)

- Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____
 Household's Income Frequency – Circle ONE: W E2 2M M Y Multiple=Yearly
- Food Assistance or TAF or FDPIR
 Foster Child

Application Status

- Approved..... Free OR Reduced Price
 Denied..... Income over allowed amount Incomplete/missing:

Notes: _____

Determining Official's Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Date:

Processor's Initials:

Confirming Official's Signature (ONLY for applications to be verified):

Review Date:

Sus niños pueden calificar para comidas a precio reducido o gratuitas si los ingresos de su grupo familiar caen dentro de los límites en este cuadro

Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos					
Tamaño del Grupo Familiar	Anualmente	Mensualmente	Quincenalmente	Cada 2 Semanas	Semanalmente
1	21,590	1,800	900	831	416
2	29,101	2,426	1,213	1,120	560
3	36,612	3,051	1,526	1,409	705
4	44,123	3,677	1,839	1,698	849
5	51,634	4,303	2,152	1,986	993
6	59,145	4,929	2,465	2,275	1,138
7	66,656	5,555	2,778	2,564	1,282
8	74,167	6,181	3,091	2,853	1,427
Cada persona adicional:	7,511	626	313	289	145

Ingresos por Empleo por Cuenta Propia: Las personas que trabajan por cuenta propia pueden utilizar las declaraciones de impuestos por ingresos del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que los ingresos mensuales actuales proporcionen una medición más precisa. Informe los ingresos provenientes de emprendimientos comerciales menos los costos operativos en que se haya incurrido para generar dichos ingresos. No están permitidas las deducciones por gastos personales como ser interés sobre pagos del hogar, gastos médicos y otras deducciones similares no comerciales para reducir los ingresos brutos comerciales. Los ingresos adicionales de otros tipos de empleo deben ser tratados por separado y aparte de los ingresos generados o perdidos de su emprendimiento comercial. Por ejemplo, si usted tuvo un negocio a pérdida neta, pero mantuvo el empleo adicional por el cual se recibió un salario, los ingresos a fin de solicitar comidas a precio reducido o gratuitas serían solamente los ingresos del salario. Las pérdidas que resultan del emprendimiento no pueden ser deducidas de ingresos positivos ganados en otro empleo. A los fines de esta solicitud, no es posible informar ingresos negativos de ningún emprendimiento comercial. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a un ingreso permitido originado de un negocio privado podría tomarse de su último Formulario 1040 de Declaración Individual de Impuestos de los Estados Unidos. Sume juntos los montos informados en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 \$ _____ Ingresos Comerciales o (Pérdidas)
 LÍNEA 13 \$ _____ Ganancia de Capital o (Pérdida)
 LÍNEA 14 \$ _____ Otras Ganancias o (Pérdidas)
 LÍNEA 17 \$ _____ Renta de bienes inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones tipo S, fideicomisos, etc.
 LÍNEA 18 \$ _____ Ingresos Agropecuario o (Pérdidas)
 TOTAL \$ _____ **Informe los ingresos anualmente en Parte 1, Ingresos Brutos Previo a Cualquier Deducción.**

Declaración del Uso de la Información: Esto explica cómo utilizaremos la información que usted nos proporciona. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud. El número de Seguro Social no es obligatorio cuando usted realiza la solicitud en nombre de un niño en cuidado sustituto o lista un número de caso de un Programa de Asistencia Alimentaria, Asistencia Temporal para Familias (TAF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) para su niño u otro identificador FDPIR o cuando indica que el miembro adulto del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y cumplimiento del almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para las revisiones de los programas y funcionarios del cumplimiento de la ley para ayudarles a observar las violaciones a las normas del programa.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted considera que ha sido tratado en forma injusta: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación bajo el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.