



2011-2012

**COMIDAS GRATUITAS Y REDUCIDAS
APLICACIÓN FAMILIAR**
Completa una sola aplicación por familia

*Ajunto esta una aplicación por escrito. También puedes aplicar por internet www.lunchapp.com.
Es rápido, seguro y conveniente, además de acelerar el tiempo de proceso.*

- **POR FAVOR LEA TODAS LA INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR LA APLICACION. Aplicaciones incompletas no podrán ser procesadas.**
- **Una sola aplicación** por familia sin importar si tienes estudiantes en diferentes escuelas. Llena y regresa la aplicación completa a la oficina de la escuela de tu hijo. ASEGURATE DE NOMBRAR A TODOS LOS FAMILIARES QUE VIVEN EN LA CASA. (todo individuo que viva en la casa)
- Si recibes Food Stamp/FIP/FDIR deberás de incluir el número de caso de cada niño. El número deberá de tener nueve dígitos. **No** se aceptan los números de Bridge Card y Medicaid. NOTA: Si tú recibes estampillas para tu hijo y tú recibes una carta diciendo tu hijo recibirá comidas gratuitas. no necesitaras llenar una aplicación a **MENOS QU TENGA UNA FECHA DE CADUCIDAD AL LADO DEL NOMBRE DE TU HIJO.** Entonces la aplicación tendrá caducidad antes de esa fecha. **Por favor** lee la aplicación cuidadosamente. Si la carta no enlista todos los niños en tu casa, comunícate con el departamento de Comida y Nutrición al 248.682.0394 o e-mail bradyr01@wsdmi.org.
- **Encierra en un círculo que tan seguido recibes un ingreso. (semanal, 2 semanas, dos veces al mes, a una vez al mes). Aquellos miembros que no reciban un ingreso DEBERAS DE MARCAR CERO al lado de sus nombres.**
- Se enviara a tu casa una carta de elegibilidad a tu casa cuando la aplicación haya sido procesada. La carta te informara si tu hijo recibirá comida gratuita o reducida.

*****INFORMACION IMPORTANTE*****

Tendrás que llenar una aplicación al principio de cada año escolar. Beneficios gratuitos o reducidos del año anterior continuaran por un **TIEMPO LIMITADO.** Si una nueva aplicación no es completada, se le cargara a la cuenta de tu hijo el precio completo.

! Manda tu aplicación hoy mismo! O aplica por internet en www.lunchapp.com

Para más preguntas llama al Departamento de Comida y Nutrición 248.682.0394, 8 a.m. a 4 p.m. También puedes mandar un e-mail al Bradyr01@wsdmi.org. !Estamos aquí para ayudarte!

Queridos padres de familia/ guardián legal:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar de Waterford ofrece comidas saludables todos los días. Los estudiantes podrán comprar comida por \$2.50 (Primaria.), \$2.75 (Secundaria) y desayuno por \$1.50. Tu hijo podría calificar para comidas gratuitas o reducidas. Vendemos comidas a precio reducido por \$.40 y desayuno por \$.30. Si tu doctor ha determinado que tu hijo tiene una discapacidad, y esta discapacidad le impide comer una comida regular de escuela, la escuela hará la *substitución prescrita por el doctor con licencia* sin costo extra. La orden del doctor deberá de incluir la dieta prescrita y/o substitución, la cual deberá de ser entregada al departamento de comida de tu escuela. Para mayor información llama a Robert Brady al 248.682.0394; email a bradyr01@wsdmi.org .

1. ¿NECESITO LLENAR UNA APLICACIÓN POR CADA NIÑO? No. Completa la aplicación para comida gratuita o reducida. Utiliza esta misma aplicación familiar para todos los estudiantes de la misma casa. No podemos procesar aplicaciones que no estén completas. Así que asegúrate de llenar todos los espacios requeridos. Regresa la aplicación a la escuela de tu hijo.

2. ¿QUIEN PUEDE RECIBIR COMIDA GRATUITA? Niños en hogares recibiendo asistencia de comida (FAP), Family Independence Program (FIP), o Food Distribution Program o Reservación India (FDPIR), podrán recibir comida gratuita sin importar el sueldo. Además, tu hijo puede recibir comidas gratuitas si el salario cae dentro de los límites de la Guía de Federal de Sueldos (Federal Income Guidelines)

3. ¿NIÑOS ADOPTIVOS PUEDEN RECIBIR COMIDA GRATUITA? Si, niños adoptivos están dentro de la responsabilidad legal de una agencia o de la corte, y pueden recibir comidas gratuitamente. Todo niño adoptivo en la casa es elegible para comida gratuita, sin importar el salario del hogar.

4. ¿UN NIÑO DESAMPARADO, FUGITIVO O MIGRANTE PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Si, niños que están dentro de la definición de desamparado, fugitivo o migrante califican para comidas gratuitas. Si te han dicho que tu hijo puede recibir comidas gratuitas, por favor llama a Robert Brady, coordinador de la coalición para desamparados y migrantes para saber si tu hijo califica.

5. ¿QUIEN PUEDE RECIBIR COMIDAS REDUCIDAS? Tu hijo puede recibir comida a bajo costo si el salario del hogar esta dentro de los límites de la Guía Federal del Salario.

6. ¿YO DEBERIA DE LLENAR UNA APLICACIÓN SI RECIVI UNA CARTA DE LA ESCUELA DICIENDO QUE MI HIJO ESTA APROVADO PARA RECIBIR COMIDA GRATUITA O REDUCIDA? Por favor lee la carta cuidadosamente y sigue las instrucciones que se te dan. Llama a la escuela al 248.682.0394 si tienes alguna pregunta.

7. LA APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADA EL ANNO PASADO. ¿NECESITO LLENAR OTRA? SI. La aplicación de tu hijo es válida nada más por el año escolar y por los primeros días de escuela del nuevo año escolar. Debes de enviar una nueva aplicación. A menos que la escuela ya te haya dicho que tu hijo es elegible.

8. SI YO RECIBO - WOMEN, INFANTS, & CHILDREN (WIC). ¿MI HIJO PUEDE RECIBIR TAMBIEN COMIDAS GRATUITAS? Niños en hogares que reciben WIC podrán ser elegibles para recibir comidas gratuitas o reducidas. Deberás de llenar una aplicación.

9. ¿LA INFORMACION QUE DI SERA VERIFICADA? Si, te podremos pedir que nos mandes pruebas por escrito de la información que pusiste en la aplicación.

10. SI NO CALIFICO AHORA ¿PODRIA APLICAR DESPUES? Si. Tú puedes aplicar durante cualquier momento del año escolar, si el tamaño de tu familia aumenta, o tu ingreso reduce o comienzas a recibir FAP, FIP, FDPIR, u otros beneficios. Si pierdes tu trabajo, tus hijos podrán ser elegibles para recibir comida gratuita o reducida.

11. ¿QUE PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA ACERA DE MI APLICACIÓN? Debes de hablar con los oficiales de la escuela. Además puedes pedir una audiencia por escrito a: Tom Wiseman, 501 N. Cass Lake Road, Waterford, MI 48328, 248.682.0394.

12. ¿PODRIA APLICAR SI ALGUIEN EN MI CASA NO ES CIUDADANO AMERICANO? Si. Tú o tu hijo no necesitan ser ciudadanos americanos para calificar a comida gratuita o reducida.

13. ¿A QUIEN DEBO DE INCLUIR COMO MIEMBRO DE MI FAMILIA? Deberás de incluir a todos los miembros que viven en tu casa, ya sean parientes o no (ya sean abuelos, parientes o amigos) que compartan contigo gastos. Tú deberás de incluirte a ti mismo y a todo hijo viviendo contigo. Si tú vives con otra gente que sea económicamente independiente no deberán de ser incluidos. (gente que tú no mantengas o que no compartan gastos contigo o con tus hijos y que paguen cierta cantidad por sus gastos)

14. ¿Qué PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS? Enlista la cantidad que recibes normalmente. Por ejemplo si normalmente recibes \$1000 por mes. Recibes normalmente tiempo extra, inclúyelo pero no si es nada mas ocasionalmente. Si tú perdiste tu trabajo o tus horas han sido reducidas, utiliza tu ingreso actual.

15. ESTAMOS EN LA MILITAR ¿INCLUIAMOS NUESTROS GASTOS DE VIVIENDA COMO INGRESO? Si tú recibes ingreso de vivienda regularmente, deberá de ser incluido como ingreso. Como sea, si recibes gato de vivienda por parte de Military Housing Privatization Initiative, no lo incluyas como ingreso.

16. ¿Qué PASA SI MI HIJO NO TIENE SEGURO DE SALUD? Tu hijo podría calificar a recibir seguro de bajo costo o gratuito por medio de MICHild y Healthy Kids Program. Para aplicar por internet visita www.michigan.gov/michild o llama a 1-888-988-6300 por ayuda o para pedir una aplicación.

17. ¿MI ESPOSA /O HA SIDO ENVIADA A UNA ZONA DE COMBATE/ SU SALARIO CUENTA COMO INGRESO? No, si el salario de combate es recibido en adición a su paga regular y no lo recibías antes de ser enviado, este salario de combate no cuenta como ingreso. Comunícate con la escuela para más información.

18. MI FAMILIA NECESIOTA MAS AYUDA> ¿HAY ALGUNOS OTROS PROGRAMAS A LOS QUE PODAMOS APLICAR? Para saber cómo aplicar al programa de asistencia de comida (FAP) u otros programas de asistencia llama a 1-800-481-4989.

Sinceramente,

Robert Brady, Director
Director de Servicios de Comida Y Nutrición

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas escolares gratis o a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$20,147	\$1,679	\$840	\$775	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$1,134	\$1,047	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$1,429	\$1,319	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$1,723	\$1,591	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$2,018	\$1,863	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$2,312	\$2,134	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$2,607	\$2,406	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$2,901	\$2,678	\$1,339
* Cada miembro adicional agregue:	\$7,067	\$589	\$295	\$272	\$136

SI SU FAMILIA ENTERA RECIBE FAP, FIP, o FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte 1: Pase esta parte.

Parte 2: Escriba el nombre y número de caso de algún miembro del hogar (incluyendo a los adultos) que reciben FAP, FIP, o FDPIR.

Parte 3: Lista el nombre del niño (s) 's, el grado y edificio (escuela):

Parte 4: Pase esta parte.

Parte 5: Firme y indique la fecha en el formulario. El número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta.

Si usted está solicitando para un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado, marque la categoría apropiada y en contacto con su enlace sin hogar o el coordinador de migrantes.

Complete la solicitud siguiendo las instrucciones para los DEMÁS FAMILIARES.

SI ESTÁ SOLICITANDO POR SÓLO HIJO(A) DE CRIANZA , siga estas instrucciones:

Parte 1: Pase esta parte.

Parte 2: Pase esta parte.

Parte 3: Anote el nombre de crianza, un círculo Sí, para niños de crianza, y la lista de grado y de edificio (escuela).

Parte 4: Pase esta parte.

Parte 5: Firme y indique la fecha en el formulario. El número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta.

Siga estas instrucciones para TODOS LOS DEMÁS: (Incluye a los hogares con los que reciben WIC, un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar y los niños de crianza y que son de crianza.

Parte 1: Complete en su caso.

Parte 2: Pase esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar de todos los miembros del hogar:

Columna 1 - Nombre: Anote el nombre y apellido de cada persona que vive en su casa, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Asegúrese de incluir a todos los niños. Use una hoja de papel, si es necesario.

Columna 2 - Marque Sí si hijo de crianza: Círculo Sí, si procede.

Columna 3 - Grado: Anote el grado de cada niño que asiste la escuela.

Columna 4 - Nombre del edificio: Rellene el nombre del edificio para cada niño que asiste a la escuela.

Parte 4: INGRESOS BRUTOS: Use esta sección para reportar todos los ingresos de su hogar desde el mes anterior:

Junto a la primera y la última de cada persona del nombre, anote el tipo de ingreso recibido el mes pasado. Junto a la cantidad, circulé cuantas veces la recibió (semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensualmente).

Todas las personas deben reclamar un ingreso, o indicar que no reciben ingresos. Si una persona, incluso un niño en la parte 3, no tiene ningún ingreso, entonces \$ 0 debe ser un circulado en la columna "Circulé si no hay ingresos".

Los ingresos de empleo: Escriba el ingreso bruto que cada persona ganó. Esto no es lo mismo que usted lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y otras deducciones. Los ingresos netos SÓLO deben ser reportados para su negocio propio, granja o ingresos por renta.

Bienestar Social, manutención de menores y pensión alimenticia: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado.

Pensiones, jubilación y de la Seguridad Social: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado.

Otros Ingresos: Otros Ingresos incluye la compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) beneficios, beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, el ingreso personal de los niños de crianza y cualquier otro ingreso.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar debe firmar y indique la fecha en la forma, anote los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social, o marque la parte donde dice "No tengo un número de Seguro Social."

Parte 6: Conteste esta pregunta.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O PRECIO REDUCIDO

Parte 1 - Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a: Distrito/Escuela, Coordinadora de estudiantes Sin Hogar o Migratorio:

Sin Hogar
 Emigrante(Migrant)
 Abandonó su Hogar
 Sólo liste el nombre del niño, grado y edificio (escuela) en Parte 3.

Parte 2 - ¿Algún miembro de su hogar recibe Programa de Asistencia de Comida(FAP), Programa de Independencia Familiar (FIP) o FDPiR? Proporcionar el nombre y número de caso para la persona que recibe beneficios.

Nombre: _____ Número de caso: _____ *Numeros de Tarjeta de Bridge y Numeros de Medicaid NO SON ACEPTABLE como numeros de caso.

Parte 3 - Nombres de persona en el hogar - Anote a continuación *todas* las personas que viven en su hogar, los estudiantes y no estudiantes, relacionados o no. Por ejemplo, abuelos, otros parientes y / o amigos, incluyendo a sí mismo y a los niños que viven con usted.

Parte 4 - Ingreso Bruto Total Del Hogar - Incluya la cantidad de dinero y circule la frecuencia con que se recibe. Si la persona no recibe ningún ingreso "\$ 0" debe circular la columna Círcule si no hay ingresos. Si usted escribió un número de caso de Programa de Asistencia de Comida/Programa de la Independencia Familiar/FDPiR para un niño en Parte 2, pase a la Parte 5.

Nombres	Círculo Sí, si Hijo(a) de Crianza	Grado (si se aplica)	Nombre del edificio (Escuela) (si se aplica)	Círcule si no hay ingresos	Ganancias del trabajo (antes de deducciones de taxes)		Asistencia de beneficios sociales (welfare), sustento de menores, pensión de divorcio		Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social		Otros Ingresos			
					semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		
Ejemplo: Jane Doe	Sí			\$0	\$600	dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes	\$250	dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
1	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
2	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
3	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
4	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
5	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
6	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes
7	Sí			\$0		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas		semanales	cada 2 semanas	semanales	cada 2 semanas
8	Sí			\$0		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes		dos veces al mes	mes	dos veces al mes	mes

Parte 5 - La firma y los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto (Miembro adulto del hogar debe firmar y indicar la fecha).

Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que "No tiene número de Seguro Social."
(Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que el patrocinador recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de el patrocinador pueden verificar dicha información. Entiendo que si verdaderamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Imprime el Nombre: _____ Fecha: _____

Los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto: XXX-XX-_____ No tiene número de Seguro Social.

Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
Telephono de casa/celular	Telephono de Trabajo	Email	

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted puede ser notificado por e-mail de su elegibilidad para comidas gratuitas o a precios reducidos.

Parte 6 - Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque uno o más identidades raciales:

- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Asiático
 De raza negra o Afro-Americano Blanco
 Hawaiano o de otra isla del Pacífico Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano or Latino
 No Hispano o No Latino

Declaración del Acta de Privacidad: Numero de Seguro Social

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social del adulto quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso FAP o FIP o otro caso de FDPIR, asignados a los niños para los cuales está solicitando, tampoco no es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevó (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

VERIFICACIÓN - PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

Date Selected for Verification: _____		Date Follow-up/Second Notice: _____		Date of Adverse Notice Sent: _____
Confirming Officials Signature: _____		Follow-up Official's Signature: _____		_____
Response Due from Household: _____		Verification Official's Signature: _____		_____
FAP/FIP/FDPIR/Foster Eligibility: <input type="checkbox"/> Not confirmed Confirmed: <input type="checkbox"/> Department of Human Services <input type="checkbox"/> Notice of Eligibility	Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	_____ Wage Stubs _____ Written Documents _____ Collateral Contact _____ Agency Records _____ Other _____	Verification Result <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid <input type="checkbox"/> No Change	Reason for Eligibility Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> Other _____

APPROVAL/DISAPPROVAL - FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Household Size: _____ Total Gross Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	_____ Number of Children Free _____ Number of Children Reduced _____ Number of Children Paid _____ Temporary Free - Time Period: _____ (expires after _____ days)	Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other (specify) _____
---	---	---

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ **Date Dropped/Withdrawn:** _____