

2018 - 2019 Brandywine School District Formulario de beneficio de comidas

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).

Direcciones al reverso.

Aplicar en línea en <https://schoolcafe.com>

PASO 1 — Todos los Niños en Escuela en el Hogar

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado".

Los niños en **adoptivo** y los niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar, migrantes** o **fugitivos** son elegibles para comidas gratis. Lea **cómo solicitar comidas escolares gratis y reducidas** para obtener más información.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en escuelas que participan en la Disposición de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) recibirán comidas sin costo independientemente de la terminación o determinación de elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Si / No

Número De Caso:

Si respondió **NO** > Vaya al PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual																			
	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?								
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M					
	\$										\$									
	\$										\$									
	\$										\$									
	\$										\$									
	\$										\$									

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos) Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** - ** - Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Dirección (si está disponible)

Teléfono De Casa Teléfono Del Trabajo Correo Electrónico

Firma del adulto que llene este formulario

Fecha de Hoy

Ciudad Estado Código Postal

PASO 5 — Divulgación de Información

- ¡NO! NO deseo que la información de mi libre Reducido Precio compartida con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (CHIP). Para obtener más información acerca de DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. **SI NO MARQUE ESTA CASILLA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.**
- ¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir información de esta solicitud para beneficios de comidas escolares con el Título 1, exámenes dentales / de la vista y con Consejeros Escolares y Directores para exenciones de cuotas asociadas con SAT, Exámenes ACT / AP, Exámenes IB, Delaware College Prep Program y / O verificación para aplicaciones de la universidad.

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más): Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Asiático Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico Blanco



NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

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

Household Size: _____ Categorical _____ Date Received: _____ Date Withdrawn: _____ Determining Official's Signature: x _____ Date: _____
 Total Income: _____ Per _____ Week _____ Every 2 weeks _____ Monthly _____ Bimonthly _____ Confirming Official's Signature: x _____ Date: _____
 Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Verifying Official's Signature: x _____ Date: _____

Estimado Padre / Tutor:

El Distrito Escolar de Brandywine participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares / Programa de Desayunos Escolares / Programa de meriendas después de la escuela. Se sirven comidas nutritivas todos los días escolares. Todas las comidas servidas deben cumplir con los estándares de nutrición establecidos por el Departamento de Agricultura de EE.UU. Los estudiantes de primaria pueden comprar el almuerzo para **\$1.50** y desayuno para **80 cents**. Los estudiantes de secundaria pueden comprar el almuerzo para **\$1.75** y desayuno para **\$1.00**. Le recomendamos que pague por adelantado las comidas escolares. Visite www.schoolcafe.com y configure una cuenta para pagar en línea o haga los cheques pagaderos a BSD School Nutrition. Los niños de hogares que cumplen con las pautas de Ingresos Federales son elegibles para comidas gratuitas o comidas a precio reducido a **\$0.40** para el almuerzo y **\$0.30** para el desayuno. También puede prepagar comidas a precio reducido.

Tabla de Elegibilidad Según los Ingresos de Precio Reducido-Julio 1, 2018–Junio 30, 2019

Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$22,459	\$1,872	\$936	\$864	\$432
2	\$30,451	\$2,538	\$1,269	\$1,172	\$586
3	\$38,443	\$3,204	\$1,602	\$1,479	\$740
4	\$46,435	\$3,870	\$1,935	\$1,786	\$893
5	\$54,427	\$4,536	\$2,268	\$2,094	\$1,047
6	\$62,419	\$5,202	\$2,601	\$2,401	\$1,201
7	\$70,411	\$5,868	\$2,934	\$2,709	\$1,355
8	\$78,403	\$6,534	\$3,267	\$3,016	\$1,508
Por cada persona adicional:	\$7,992	\$666	\$333	\$308	\$154

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que nos brinda.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los cuatro últimos dígitos del número de seguro social no se requieren cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o enumera un Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDIPIR) número de caso u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

Declaración de no discriminación: esto explica qué hacer si cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas de USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja del programa de discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por correo postal: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

CÓMO APLICAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas instrucciones para ayudarlo a llenar la solicitud para comidas gratis o a precio reducido. Sólo tiene que entregar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en **Brandywine School District**. La solicitud debe ser llenada completamente para certificar a sus niños para comidas escolares gratis o a precios reducidos. Cada paso de las instrucciones es el mismo que el de su aplicación. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, contáctese con la **Oficina de Nutrición Escolar** en 302-529-3110 ext. 228. **POR FAVOR USE UNA PLUMA (NO UN LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD Y HAGA TODO LO POSIBLE PARA IMPRIMIR CLARAMENTE.**

PASO 1: LISTA DE TODOS LOS NIÑOS EN LA ESCUELA EN EL HOGAR.

¿Cuántos niños en la escuela viven en su hogar. Ellos NO tienen que ser familiares suyos para ser parte de su hogar. Si hay más niños que líneas presentes en la solicitud, adjunte un segundo pedazo de papel con toda la información requerida para los niños adicionales. **¿Quién debería enumerar aquí?** Al llenar esta sección, por favor incluya TODOS los miembros del hogar que son:

- Los niños mayores de 18 años o menores y son compatibles con los ingresos del hogar;
- En su cuidado bajo un acuerdo de crianza o calificar como niño sin hogar, fugitivo, o Head Start.

- A) **Anote el nombre de cada estudiante.** Imprimir el nombre de cada niño. Utilice una línea de la aplicación para cada niño. Al imprimir nombres, escribir una letra en cada cuadro. Pare si se queda sin espacio. Si hay más niños que presentan líneas en la solicitud, adjunte un segundo trozo de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.
- B) **¿Tiene alguna hijos de crianza?** Si los niños que figuran son hijos de crianza, marque la casilla de "Foster Child" junto al nombre del niño. Si SOLAMENTE está solicitando para los niños de crianza, después de terminar el PASO 1, vaya al paso 4. **Los niños de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben ser enumerados en su solicitud.** Si usted está solicitando tanto de crianza y no hijos de crianza, vaya al paso 3.
- C) **Se hacen los niños sin hogar, emigrante, fugitivo, o Head Start?** Si usted cree que cualquier niño que aparece en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla correspondiente al lado del nombre del niño y completar todas las etapas de la aplicación.

PASO 2: HAY ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR (INCLUIDO USTED) QUE PARTICIPA ACTUALMENTE EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: PROGRAMA NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP), ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF), O PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVACIONES INDÍGENAS (FDPIR)?

- A) **SI NADIE EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS DE ARRIBA MENCIONADOS: Circule 'NO' y vaya al PASO 3 de estas instrucciones y PASO 3 en su solicitud.**
- B) **SI ALGUIEN EN SU HOGAR PARTICIPA EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS DE ARRIBA MENCIONADOS: Circule 'SÍ' y proporcione el número de caso.** Sólo tiene que escribir un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, contacte a **Delaware Division of Social Services**. Debe proporcionar un número de caso en su solicitud si circulo "SI". **Vaya al paso 4.**

PASO 3: INFORME DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR.

- A) **ANOTE CADA MIEMBRO DEL HOGAR (incluyéndote a ti mismo y los estudiantes anotados en la parte 1)** que están viviendo con usted y los ingresos y los gastos de acción, incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios. **No incluir** a las personas que viven con usted, pero no son compatibles con los ingresos de su hogar y no contribuyen de ingresos para su hogar.
- B) **REPORTE TOTAL DE INGRESOS** para cada miembro del hogar que figuran para cada fuente proporcionado. Reporte todo el ingreso en dólares enteros. No incluya centavos. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja cualquier campo de ingreso en blanco, usted está certificando (promete) que no hay ingresos para reportar.
 - **Reporte todas las cantidades en el INGRESO BRUTO SOLAMENTE.** El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos; muchas personas piensan de ingresos como la cantidad que "llevar a casa" y no el total, "cantidad bruta". Asegúrese de que los ingresos que reporta en esta solicitud no se ha reducido para pagar impuestos, primas de seguros, o de cualesquiera otras cantidades tomadas de su pago.
 - **¿Qué pasa si soy propietario de un negocio?** Si usted trabaja por cuenta propia, reporte los ingresos de ese trabajo en forma de su ingreso neto. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su negocio de sus ingresos brutos o ingresos.
- C) **REPORTE TOTAL DEL HOGAR.** Escriba el número total de miembros del hogar en el campo "Tamaño Total del Hogar (Niños y Adultos)." Este número debe ser igual al número de miembros del hogar que figuran en el PASO 3. Si hay algún miembro de su hogar que no se ha incluido en la solicitud, vuelva atrás y añádalos. Es muy importante hacer una lista de todos los miembros del hogar, según el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratis o a precio reducido.
- D) **PROPORCIONE LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.** El proveedor principal del hogar u otro miembro adulto de la familia debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en el espacio correspondiente. Usted es elegible para solicitar los beneficios, incluso si usted no tiene un número de Seguro Social. Si ninguno de los miembros adultos del hogar tienen un número de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marcar la casilla a la derecha con la etiqueta "Marque si no tiene SSN."

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE ADULTOS

Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto de la familia. Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar está prometiendo que toda la información es verdadera y reportada completamente. **Antes de completar esta sección, por favor, también asegúrese de haber leído las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en la parte inferior de estas instrucciones.**

- A) **SUS DATOS DE CONTACTO.** Escriba su dirección actual en los campos correspondientes si esta información está disponible. Si no tiene dirección permanente, esto no significa que sus hijos no califican para comidas gratis o a precio reducido. Proveer un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o ambos es opcional, pero nos ayuda a alcanzarlo rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.
- B) **ESCRIBA Y FIRME SU NOMBRE.** Escriba su nombre en el cuadro "Nombre impreso del adulto completando el formulario." Y firme su nombre en el cuadro "Firma del adulto completando el formulario."
- C) **PROVEA LA IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL).** En la parte inferior de la aplicación, le pedimos que provea información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precios reducidos escolares.

PASO 5: Compartir información: marque la información que desea NO compartir y/o la información que desea compartir**Se le notificará cuando se apruebe o se rechace el formulario de beneficio de comida.**

APELACIÓN: Si no está de acuerdo con la decisión del Distrito sobre su formulario o el resultado de la verificación, puede discutirlo con los funcionarios de la escuela. También puede tener derecho a una audiencia imparcial. Esto se puede hacer mediante una solicitud por escrito al Oficial del Distrito Escolar de Brandywine: Dr. Mark Holodick, Superintendent, Brandywine School District ■ 1311 Brandywine Blvd ■ Wilmington, Delaware 19809

CONFIDENCIALIDAD: Usaremos la información en su formulario para decidir si su hijo califica para recibir comidas gratis o a precio reducido. Podemos informar a los funcionarios relacionados con otros programas de nutrición, salud y educación infantil de la información en su formulario para determinar los beneficios de esos programas o para fines de financiación y / o evaluación, como verificar la elegibilidad del Título I. **REAPLICACIÓN:** Puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero tiene una disminución en el ingreso familiar, un aumento en el tamaño del hogar, queda desempleado o recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o la Asistencia Temporal de Delaware para Familias Necesitadas (DE-TANF) para su hijo, complete una forma en ese momento.