

PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **Chester Public School District** ofrece comidas saludables todos los días escolares. **Sus niños podrían tener derecho a solicitar comidas gratis o a precio reducido.** El precio reducido es **\$0.40** por la comida. Este paquete incluye una solicitud para comidas gratis o a precio reducido, e instrucciones detalladas. A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?**
 - Todos los niños de familias que reciben prestaciones de **New Jersey SNAP, New Jersey TANF** tienen derecho a comidas gratis.
 - Los niños en régimen de acogida bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis.
 - Los niños que participan en el programa Head Start de su colegio tienen derecho a recibir comidas gratis.
 - Los niños que encajan en la definición de personas sin hogar, fugados o emigrantes tienen derecho a recibir comidas gratis.
 - Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están dentro de los límites de Federal Income Eligibility Guidelines (Guía federal de selección por ingresos). Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro o por debajo de los límites de esta lista.
2. **CÓMO SÉ SI MIS NIÑOS ENCAJAN EN LA DEFINICIÓN DE SIN HOGAR, EMIGRANTE O FUGADO?** ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se alojan todos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se traslada de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted decidió dejar su familia anterior? Si cree que los niños de su familia encajan en estas descripciones y no le han informado de que recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico a **Chester Public Schools**.
3. **¿ES NECESARIO RELLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO?** No. *Rellene una solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido para todos los estudiantes de su familia.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Devuelva la solicitud rellena a: **Chester Public Schools**.
4. **¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATIS?** No, pero lea la carta que ha recibido y siga las instrucciones.
5. **¿PUEDO REALIZAR LA SOLICITUD EN LÍNEA?** Sí. Le animamos a rellenar una solicitud en línea en lugar de una en papel si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la de papel.
6. **LA SOLICITUD DE MI NIÑO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR UNA NUEVA?** Sí. La solicitud de su niño solo es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar hasta **9/30/2016**. Debe enviar una nueva solicitud, a menos que el colegio le haya dicho que su niño tiene derecho este nuevo año escolar. Si no envía una nueva solicitud aprobada por el colegio o no se le ha notificado que su niño tiene derecho a recibir comidas gratis, se le cobrará el precio completo de la comida.
7. **PARTIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud.
8. **¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE?** Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.
9. **SI AHORA NO CUMPLO LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN, ¿PUEDO VOLVER A ENVIAR LA SOLICITUD MÁS ADELANTE?** Sí, puede enviar la solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los

niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho entonces a recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL COLEGIO SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios del colegio. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Chester Public Schools**.
11. ¿PUEDO ENVIAR LA SOLICITUD AUNQUE ALGUIEN DE MI FAMILIA NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe 1000 \$ al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió 900 \$, indique que recibe 1000 \$ por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR? Los miembros de la familia pueden no recibir algunos de los tipos de ingresos que pedimos que declare en la solicitud, o puede que no reciban ingreso alguno. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si un campo de ingresos queda vacío o en blanco, también contará como cero. Fijese bien cuando deje campos de ingresos en blanco porque supondremos que lo ha hecho con conocimiento de causa.
14. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTRA FORMA? Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel separada y adjúntela en su solicitud. Póngase en contacto con **Chester Public Schools** para recibir una segunda solicitud.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **908-879-7373 x7313**.

Atentamente,

Christina VanWoert
Superintendent of Schools

Parte 1. Niños en escuela (Incluya hijo(s) de crianza -Foster)

Nombres de todos los niños en esta escuela únicamente (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado o Numero de Identificacion	Marque si es hijo(a) de Crianza (Foster)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. Si algun miembro de su hogar recibe cupones de alimento (NJ SNAP) o TANF provea el nombre y numero de caso de la persona recibiendo los beneficios y salte a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios salte a la Parte 4.
Nombre: _____ **Numero de Caso:** _____


Parte 3. 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 la escuela, al coordinador de emigrantes, o de personas sin hogar.
 Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 4. Ingreso bruto del hogar-Indique cuanto gana y cuando lo recibe por cada persona; MARQUE COLUMNA 3 SI NO TIENE INGRESOS

1. Nombre (Anote a todos en su hogar-incluyendo los estudiantes mencionados arriba)	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social, SSI, VA	Otros Ingresos	
	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	
1.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	\$ ___ / ___	<input type="checkbox"/>

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)
 Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)
Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.
 Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Número de Seguro Social: *** - ** - _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)
 Marque una identidad étnica: Hispano/ Latino No Hispano ni Latino
 Marque una o más de las identidades raciales: Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico De raza negra o Afro-Americano

 **No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.** Error Prone

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12
 Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____
 Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Verifying Official Signature: _____ Date: _____

For State Agency Use	F to R	R to F	D to F	SS #	SB Temp
	F to D	R to D	D to R	Income	Other

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

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 dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos o Programa de asistencia suplementaria de nutrición (NJ SNAP), Asistencia Temporera para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer los últimos cuatro dígitos del 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 PODRÍAMOS 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.** El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el **USDA Program Discrimination Complaint Form** (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet 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 Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD**Si su familia recibe NJ SNAP (cupones de alimentos) o TANF, siga estas instrucciones:**

Parte 1: Anote los nombres de los niños y la escuela, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

Parte 2: Anote el número de caso de algún miembro del hogar (incluyendo adultos) recibiendo NJ SNAP (cupones) o TANF.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Salte esta parte

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos de Seguro Social no son necesarios.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

Si nadie en su hogar, incluyendo los hijos de crianza (foster), reciben cupones de alimento (NJ SNAP o TANF y si algun niño en su hogar el sin hogar, emigrante o abandono su hogar, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar maque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar].

Parte 4: Complete esta parte si algún otro niño en su hogar no es elegible como sin hogar, emigrante o abandono su hogar. Vea instrucciones Para todos los demás miembros.

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

Si usted está solicitando SOLAMENTE para un HIJO DE CRIANZA (Foster), siga estas instrucciones:

Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza (foster):

Parte 1: Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la columna a la derecha.

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Salte esta parte.

Parte 5: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo hijos de crianza, o los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Anote el nombre de cada niño y nombre de la escuela, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

Parte 2: Si nadie en el hogar tiene número de caso para Cupones de Alimento (NJ SNAP), salte esta parte.

Parte 3: Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar maque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar]. Si no, salte esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia de este mes o del mes pasado.

Columna 1- Nombre: Anote el nombre y apellido de todos los miembros del hogar (incluyendo los estudiantes anotados en la Parte 1).

Columna 2- Ingreso y cuantas veces fue recibido: Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos y cuantas veces los recibieron-semanal, cada otra semana, dos veces al mes o mensual. Escriba el **Ingreso bruto que cada persona ganó.** Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. **Otros Ingresos:** Anote la cantidad que cada persona recibió; asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad y cualquier otro ingreso. No incluya ingreso de cupones de alimentos, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal, pagos para hijos de crianza de la familia o agencia. Para los dueños de negocios, declare ingresos después de gastos bajo Ganancias de trabajo. Esto es para dueños de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. **Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.** Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe Ingreso por combate, no incluya estas asistencias en la solicitud.

Columna 3- Marque si no hay ingresos por cada miembro del hogar (adultos y hijos) que no recibe ingresos.

Parte 5: Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar el bloque si no tiene uno).

Parte 6: Conteste esta pregunta si lo desea.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

July 1, 2016 – June 30, 2017
(As announced by the United States Department of Agriculture)

HOUSE-HOLD SIZE	FREE MEALS OR MILK				REDUCED PRICE MEALS					
	Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly	Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	15,444	1,287	644	594	297	21,978	1,832	916	846	423
2	20,826	1,736	868	801	401	29,637	2,470	1,235	1,140	570
3	26,208	2,184	1,092	1,008	504	37,296	3,108	1,554	1,435	718
4	31,590	2,633	1,317	1,215	608	44,955	3,747	1,874	1,730	865
5	36,972	3,081	1,541	1,422	711	52,614	4,385	2,193	2,024	1,012
6	42,354	3,530	1,765	1,629	815	60,273	5,023	2,512	2,319	1,160
7	47,749	3,980	1,990	1,837	919	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	53,157	4,430	2,215	2,045	1,023	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
Each Additional Household Member	5,408	451	226	208	104	7,696	642	321	296	148

When all income is reported with the same frequency i.e., all reported as weekly (W), every 2 weeks (2W), monthly (M), or twice a month (2M), total the income and the number of household members and compare it to this chart. Cannot annualize if all income reported is the same frequency.

When income is reported with different frequencies, annualize the number, total the income and the number of household members and compare it to the annual income column on this chart.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a month x 24, and Monthly x 12

Error Prone: Weekly: \$0 - \$25 below the free or reduced price income eligibility limit.
 Every two weeks or twice a month: \$0 - \$50 below the free or reduced price income eligibility limit.
 Monthly: \$0 - \$100 below the free or reduced price income eligibility limit.
 Annually: \$0 - \$1200 below the free or reduced price income eligibility limit.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____ Dirección: _____

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted **NO** desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.