

# Township of Union Public Schools

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **Union Township Board of Education** ofrece alimentación sana todos los días. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.**

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	Elemental	Intermedia	Superior	Elemental	Intermedia	Superior
Almuerzo	\$2.25	\$2.50	\$2.50	\$0.40	\$0.40	\$0.40
Desayuno	\$1.70	\$1.85	\$1.85	\$0.30	\$0.30	\$0.30
Meriendas despues del día escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa Especial de Leche	N/A	N/A	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Programa de medio día de leche	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
N/A - No Aplicable						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. También puede visitar <http://www.heartlandapps.com/> para llenar la solicitud. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP** o **NJ TANF**.
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de "sin casa", "fugitivo", o "migrante".
- Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2015-2016			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	21,775	1,815	419
2	29,471	2,456	567
3	37,167	3,098	715
4	44,863	3,739	863
5	52,559	4,380	1,011
6	60,255	5,022	1,159
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Cada persona adicional:	+7,696	+642	+148

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico a la escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.
3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" por todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a la escuela de cualquiera de sus niños.
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte su escuela inmediatamente.
5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? Si usted puede hacerlo, preferimos que complete la Solicitud por el internet en vez de una por escrito. La solicitud por internet requiere la misma información que por escrito. Contacte su escuela si tiene alguna pregunta sobre el proceso por internet.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que

usted reporta.

9. SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.
10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al

Nombre del Oficial de la escuela : Mr. Gregory Tatum Dirección: 2369 Morris Ave

Teléfono: (908)851-6415

11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite <https://oneapp.dhs.state.nj.us/default.aspx>. También puede contactar NJ FamilyCare/Medicaid al 1-800-701-0710 o [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) <<http://www.njfamilycare.org>> para más información sobre seguro médico para su familia. Para el Programa WIC, contacte a 1-866-446-5942 o visite [www.nj.gov/health/fhs/wic](http://www.nj.gov/health/fhs/wic) <<http://www.nj.gov/health/fhs/wic>>.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (908)851-6422

Atentamente,

Signature:



Name: Manuel Vieira

Title: School Business Administrator

# Application #:

## Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2015-2016

Solicitud tambien disponible en:

Favor de escribir a máquina o usar un bolígrafo (no lápiz).

### PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia." **Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo son elegibles para la comida gratuita.** Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido."

Primer Nombre del Niño	IM				Apellido del Niño [pulse la barra espaciadora para avanzar] ESCUELA				/Estudiante?		Indique todo lo que sea pertinente:		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Niño discapacitado?	Foster	Flujido

### PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDIPIR? SI NO

Si usted indicó NO > Complete PASO 3. Si usted indicó SI > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4.

[No complete el PASO 3]

No. de Caso: \_\_\_\_\_

Escriba solo un número de caso en este espacio.

### PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'SI' en el PASO 2)

**A. Ingreso del Niño**  
A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**  
Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dolares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	¿Con qué frecuencia?			Ingreso del niño	¿Con qué frecuencia?			Ingreso del niño	¿Con qué frecuencia?			Ingreso del niño	¿Con qué frecuencia?												
	mensual	quinzenal	2x mes		1x mes	mensual	quinzenal		2x mes	1x mes	mensual		quinzenal	2x mes	1x mes	mensual	quinzenal	2x mes	1x mes						
				\$				\$				\$				\$									
				\$				\$				\$				\$									
				\$				\$				\$				\$									
				\$				\$				\$				\$									
				\$				\$				\$				\$									
				\$				\$				\$				\$									

Asistencia pública / mantenimiento de menores / pensión matutinal

Pensiones / Jubilador / otros ingresos

¿Con qué frecuencia?  
 ¿Con qué frecuencia?  
 ¿Con qué frecuencia?  
 ¿Con qué frecuencia?

Indique si no hay SSN

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

### PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

F (Circle Eligibility)  R  D

Calle y número de casa (si está disponible)  Apartamento #  Ciudad  Estado  Código Postal  Teléfono y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde)  Firma del adulto que llenó el formulario:  Fecha de hoy:

**OPCIONAL**

**Identidades Raciales y Etnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque uno):**

<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino
<input type="checkbox"/>	No Hispano o Latino

**Raza (Marque uno o más):**

<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Negro o Americano Africano
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái u Otro Islento del Pacífico Sur
<input type="checkbox"/>	Blanco

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la

información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o retención por haber iniciado una queja de derechos civiles. También se prohíbe la discriminación, cuando es pertinente, basada en creencia política, estado civil, estado familiar o paterno, orientación sexual, información genética, o cuando todo o parte del ingreso de una persona viene de

cualquier programa pública asistencial, en el empleo, o en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican en todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea poner una queja de derechos civiles de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html). El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: [programa.intake@usda.gov](mailto:programa.intake@usda.gov).

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

## 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.