



Dr. Jon Holmen – Superintendent

**L.E. Scarr Resource Center**

16250 N.E. 74th Street

Redmond WA. 98073

Office: (425) 936-1200 • Fax: (425) 936-1213

July 31, 2020

Dear Parent/Guardian,

Throughout the spring and summer, Lake Washington School District (LWSD) Nutrition Services has been serving free meals as part of an emergency COVID meal plan through the USDA. This temporary program is set to expire at the end of August. As LWSD begin the new school year in September fully remote, we are planning to continue offering meals at various sites within the district. However, you must fill out an application for qualification of a free or reduced price meal. Otherwise you will be charged for meals based on grade level. Pricing is attached.

On the following pages you will find information on how your children can receive free or reduced price meals for the 2020-21 school year. Please refer to this information for guidance on applying and submitting application materials.

As we receive further direction from Office of Superintendent of Public Instruction (OSPI) and the USDA, we may receive additional guidance for the distribution of meals and meal service for the upcoming school year.

We will be updating the LWSD website should we receive additional guidance from OSPI and the USDA. We will also be updating the website with information on where and how meals will be distributed for the 2020-21 school year. Please check the website often for updates ([www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) )

Thank you for your continued support during these changing conditions.

Sincerely,

Nutrition Services

## National School Lunch Program/School Breakfast Program 2020-21 Letter to Households (Public Schools)

Dear Parent/Guardian:

This letter tells how your children can get free or reduced-price meals, as well as information on other benefits. The cost of school meals is shown below.

Breakfast will be served at no cost to those children who qualify for free and reduced-price meals. Lunches will be served at no cost to children who qualify for free meals and to those who qualify for reduced-price meals in kindergarten through 3rd grade. All other students (4th – 12th grades) will be charged the rates shown below.

REGULAR			
Grade Level	Breakfast	Lunch	Snack
Kg-3	\$ 1.75	\$ 3.25	N/A
4 - 5	\$ 1.75	\$ 3.25	N/A
6 - 12	\$ 2.00	\$ 3.50	N/A

REDUCED-PRICE			
Grade Level	Breakfast	Lunch	Snack
Kg - 3	\$ 0.00	\$ 0.00	N/A
4 - 5	\$ 0.00	\$ 0.40	N/A
6 - 12	\$ 0.00	\$ 0.40	N/A

### Who should fill out an application?

Fill out the application if:

- Total household income is the SAME or LESS than the amount on the chart.
- You receive Basic Food, take part in the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), or receive Temporary Assistance for Needy Families (TANF) for your children.
- You are applying for foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court.

Turn in the application to your child's school or LWSD Business Services, 16250 NE 74<sup>th</sup> St., Redmond, WA 98052. You may also print the application, sign, scan into PDF format, and email to: [F-RMealApp@lwsd.org](mailto:F-RMealApp@lwsd.org)

Be sure to submit ONLY ONE application per household. We will notify you if the application is approved or denied. If any child you are applying for is homeless (McKinney-Vento), or migrant, check the appropriate box.

### What counts as income? Who is considered a member of my household?

Look at the income chart below. Find your household size. Find your total household income. If members in the household are paid at different times during the month and you are unsure if your household is eligible, fill out an application and we will determine your income eligibility for you. The information you give will be used to determine your child's eligibility for free or reduced-price meals.

Foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals regardless of personal use income. If you have questions about applying for meal benefits for foster children, please contact us at 425-936-1261, Sara Peterson – Business Services

USDA Child Nutrition Program Income Guidelines Effective July 1, 2020–June 30, 2021					
Household Size	Annual	Monthly	Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$1,329	\$1,227	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$1,675	\$1,546	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$2,020	\$1,865	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$2,365	\$2,183	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$2,711	\$2,502	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$3,056	\$2,821	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$3,401	\$3,140	\$1,570
For each add'l family member, add:	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

**HOUSEHOLD** is defined as all persons, including parents, children, grandparents, and all people related or unrelated who live in your home and share living expenses. If applying for a household with a foster child, you may include the foster child in the total household size.

**HOUSEHOLD INCOME** is considered to be the income each household member received before taxes. This includes wages, social security, pension, unemployment, welfare, child support, alimony, and any other cash income. If including a foster child as part of the household, you must also include the foster child's personal income. Do not report foster payments as income.

### What must be on the application?

#### A. For households not getting any assistance:

- Student name(s)
- Names of all household members
- Income by source for all household members
- Adult household member's signature
- Last 4 digits of social security number of the adult household member who signs the application (or if the adult signing does not have a social security number, check the associated box).

Complete *Parts 1, 2, 3, 4, and 5; Part 6* is optional.

#### B. For households with only foster child(ren)

- Student's name
- Adult household member signature

Complete *Parts 1 and 5; Part 6* is optional. You may also send the school a copy of the court documentation showing the foster child(ren) was/were placed with you instead of filling out an application form.

**Last 4 digits of SSN are not required for B.**

**National School Lunch Program/School Breakfast Program  
2020-21 Letter to Households (Public Schools)**

**What must be on the application? *continued***

**C. For a family getting Basic Food/TANF/FDPIR:**

- List all student names
  - Enter a case number
  - Adult household member's signature
- Complete *Parts 1, 2, 4, and 5. Part 6 is optional.*  
**Last 4 digits of SSN are not required for C.**

**D. For household with a foster child(ren) and other children:**

Apply as a household and include foster children. Follow the directions for **“A. For households not getting any assistance:”** and include the foster child's personal use income.

**What if I'm not receiving basic food dollars?**

If you have been approved for Basic Food but do not actually receive Basic Food dollars, you may be eligible for free or reduced-price meals. You must apply for meal benefits by filling out a meal application and returning it to your child's school.

**Do my children automatically qualify if they have a case number?**

Yes. Children on TANF or Basic Food may get free meals and children receiving some Medicaid benefits may be eligible for free or reduced-price meals without the household having to complete an application. These children are identified by the school using a data matching process. This matched list is then made available to your child's school food service staff. The students on this list get free meals if their schools have the free and reduced-price breakfast and/or lunch program (not all schools do). Please notify LWSD Nutrition Service Office or LWSD Business Services immediately if you feel your children should be receiving free meals and are not. If you do not want your child to participate in the free meal programs using this method, please notify the school.

**If anyone in my household has a case number, will all children qualify for free meals?**

Yes. If someone else in the household has a case number, other than a foster child, you must fill out an application and send it to your student's school. Please contact us immediately if you feel other children in your household should be receiving free meals and are not.

**Basic Food - Can I qualify for assistance in buying food?**

Basic Food is the state's food stamp program. It helps households make ends meet by providing monthly benefits to buy food. Getting Basic Food is easy! You can apply in person at the local DSHS Community Service Office, by mail, or online. There are other benefits too. You can learn about Basic Food by calling 1-877-501-2233 or by logging on to <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**We are in the military. Do we report our income differently?**

Your basic pay and cash bonuses must be reported as income. If you get any cash value allowances for off-base housing, food, or clothing, it must also be included as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. Any additional combat pay resulting from deployment is also excluded from income.

**My child's application was approved last year. Do I need to fill out a new one?**

Yes. Your child's application is only good for that school year and for the first few days of this school year. You must send in a new application unless the school told you that your child is eligible for the new school year.

**What if some household members have no income to report?**

Household members may not receive some types of income we ask you to report on the application, or may not receive income at all. Whenever this happens, please write a 0 in the field. However, if any income fields are left empty or blank, those will also be counted as zeroes. Please be careful when leaving income fields blank, as we will assume you meant to do so.

**Health Coverage**

To inquire about or apply for health care coverage for kids in your family, please visit <http://www.wahealthplanfinder.org> or you may call Washington Health Plan Finder at 1-855-923-4633.

**What if my child needs special foods?**

If your child needs special foods, contact the school/district Nutrition Service Office.

**Proof of Eligibility**

The information you provide may be verified at any time. You may be asked to send additional information to prove your child is eligible to receive free and reduced-price meals.

**Fair Hearing**

If you do not agree with the decision on your child's application or the process used to prove income eligibility, you may talk with Johnny Phu – Director of Student Services, the fair hearing official. You have the right to a fair hearing which may be arranged by calling the school/school district at this number 425-936-1225 or email [jphu@lwsd.org](mailto:jphu@lwsd.org).

**Reapplication**

You may apply for benefits any time during the school year. If you should have a decrease in household income, an increase in household size, or become unemployed, or receive Basic Food, TANF, or FDPIR, you may be eligible for benefits and may fill out an application at that time.

**2020-21 HOUSEHOLD APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS**

Lake Washington School District

**Complete, sign, and return this application to:** Your child’s school or LWSD Business Services, 16250 NE 74<sup>th</sup> St., Redmond, WA 98052. You may also print the application, sign, scan into PDF format, and email to: [F-RMealApp@lwsd.org](mailto:F-RMealApp@lwsd.org)

**Check here if you received meal benefits last year:**

Homeless  Migrant

**1. List all students living with you that are attending school.** If the student is a foster child, homeless, or migrant, indicate this by placing an “x” in the appropriate box. Include any personal income received by the student and make an “x” in the correct box for how often it is received.

Student’s Last Name	Student’s First Name	MI	Foster	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. If any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs, please write in a case number. If no, go to Step 3.**

Basic Food  TANF  Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) Case Number: \_\_\_\_\_

**3. List the names of all other household members - Enter income (in whole dollars) and CHECK how often it is received. If a household member does not receive income, write 0. If you enter 0 or leave the income sections blank, you are promising there is no income to report.**

Names of ALL other household members (do not include students listed above)	Foster	Earnings from work (before any deductions)	Income Frequency				Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Income Frequency				Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Income Frequency				Any Other Income Not Already Listed	Income Frequency			
			Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly		Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly		Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly		Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Total Household Members (include all people living in your household):**  **Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of**  **Check if no SSN:**

(total listed must equal number of household members listed above)

**Primary Wage Earner or Other Household Member**

**5. Contact Information & Signature – Complete, sign, and return this application to:**

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Adult Household Member

\_\_\_\_\_  
Adult Household Member Signature

\_\_\_\_\_  
E-mail Address

\_\_\_\_\_  
Mailing Address

\_\_\_\_\_  
City, State & Zip Code

\_\_\_\_\_  
Daytime Phone

\_\_\_\_\_  
Date

**6. Children’s Racial and Ethnic Identities (Optional) – We are required to ask for information about your child(ren)’s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your child(ren)’s eligibility for free & reduced-price meals.**

Mark one or more racial identities:

- American Indian or Alaska Native       Asian  
 Black, or African American       Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 White

Mark one ethnic identity:

- Hispanic or Latino  
 Not Hispanic or Latino

The **Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by the USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: <https://www.fns.usda.gov/civil-rights/usda-nondiscrimination-statement-other-fns-programs>, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**Lake Washington School District’s Non-Discrimination Statement**

The Lake Washington School District shall provide equal educational opportunity and treatment for all students in all aspects of the District’s academic, activities, or employment programs without discrimination. Annual and continuous notices of non-discrimination shall be published in compliance with law. This institution is an equal opportunity provider

**SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

**LEA APPROVAL:**     Basic Food/TANF/FDPIR/Foster      Total Household Size      \_\_\_\_\_      Weekly      Bi-Weekly      2x per Month      Monthly      Annual  
                           Income Household      Total Household Income      \$ \_\_\_\_\_                             

**APPLICATION APPROVED FOR:**     Free Meals      **APPLICATION DENIED BECAUSE:**     Income Over Allowed Amount       Other: \_\_\_\_\_  
     Reduced-Price Meals       Incomplete/Missing Information

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 Date Notice Sent      Signature of Approving Official      Date



Dr. Jon Holmen – Superintendente

Centro de Recursos de L.E. Scarr  
16250 N.E. 74th Street  
Redmond WA. 98073

Oficina: (425) 936-1200 • Fax: (425) 936-1213

31 de julio de 2020

Estimado Padre/Guardián,

Durante la primavera y el verano, Lake Washington School District (LWSD) Nutrition Services ha estado sirviendo comidas gratuitas como parte de un plan de comidas COVID de emergencia a través del USDA. Este programa temporal expirará a finales de agosto. A medida que LWSD comienza el nuevo año escolar en septiembre totalmente remoto, estamos planeando seguir ofreciendo comidas en varios sitios dentro del distrito. Sin embargo, debe llenar una solicitud de calificación de una comida gratuita o a precio reducido. De lo contrario, se le cobrará por las comidas en función del nivel de grado. Se adjuntan los precios.

En las siguientes páginas encontrará información sobre cómo sus hijos pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido para el año escolar 2020-21. Consulte esta información para obtener instrucciones sobre cómo aplicar y enviar materiales de solicitud.

A medida que recibimos más instrucciones de la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) y del USDA, podemos recibir orientación adicional para la distribución de comidas y servicio de comidas para el próximo año escolar.

Actualizaremos el sitio web de LWSD en caso de que recibamos orientación adicional de OSPI y el USDA. También actualizaremos el sitio web con información sobre dónde y cómo se distribuirán las comidas para el año escolar 2020-21. Por favor, consulte el sitio web a menudo para actualizaciones ([www.lwsd.org](http://www.lwsd.org) )

Gracias por su continuo apoyo durante estas condiciones cambiantes.

Sinceramente

Servicios de Nutrición

**2020-21 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)**  
**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar**

Estimado Padre/Guardián:

Esta carta les informa como sus hijos pueden obtener comida gratuita o a precio reducido además de información sobre otros beneficios. El costo de comidas escolares está a continuación.

PRECIO REGULAR			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
Kg-3	\$ 1.75	\$ 3.25	N/A
4-5	\$ 1.75	\$ 3.25	N/A
6-12	\$ 2.00	\$ 3.50	N/A

PRECIO REDUCIO			
Nivel de grado	Desayuno	Almuerzo	Merienda
Kg-3	\$ 0.00	\$ 0.00	N/A
4-5	\$ 0.00	\$ 0.40	N/A
6-12	\$ 0.00	\$ 0.40	N/A

**¿QUIÉN DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD?**

Complete la solicitud si:

- El ingreso total de su grupo familiar es IGUAL o MENOR que el monto indicado en la tabla
- Usted recibe ayuda del programa Basic Food, forma parte del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), o recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitada (TANF, por sus siglas en inglés) para sus hijos
- Solicita asistencia para un niño de crianza temporal que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte

Entregue su solicitud a la escuela de su hijo o hija o LWSB Business Services, 16250 NE 74th, St., Redmond, WA. 98052. También puede imprimir la aplicación, firmar, escanear en formato PDF y enviar un correo electrónico a: Sara Peterson [F-RMealApp@lwsd.org](mailto:F-RMealApp@lwsd.org)

Asegúrese de presentar UNA SOLA solicitud por grupo familiar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o rechazada. Si algún niño por cual usted está presentando una solicitud está sin hogar (McKinney-Vento), o migrante, marque el casillero que corresponda.

**¿QUÉ SE CONSIDERA COMO INGRESO? ¿QUIÉNES SE CONSIDERAN MIEMBROS DE MI GRUPO FAMILIAR?**

Observe la tabla de ingresos a continuación. Busque el tamaño de su grupo familiar. Busque el ingreso total de su grupo familiar. Si los miembros de su grupo familiar cobran el salario a diferentes momentos durante el mes y usted no está seguro si su grupo familiar reúne los requisitos, complete una solicitud y nosotros determinaremos su elegibilidad de acuerdo con su ingreso. La información que brinde se usará para determinar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis. Si desea realizar alguna consulta sobre la solicitud de beneficios de comidas para niños de crianza temporal, por favor contáctenos al [425-936-1261](tel:425-936-1261), Sara Peterson – Business Services.

TABLA DE INGRESO					
Vigente desde 1º de julio 2020 a 30ª de junio 2021					
Tamaño del Grupo familiar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$1,329	\$1,227	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$1,675	\$1,546	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$2,020	\$1,865	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$2,365	\$2,183	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$2,711	\$2,502	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$3,056	\$2,821	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$3,401	\$3,140	\$1,570
Por cada miembro adicional agregar:	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

**EL GRUPO FAMILIAR** se compone de todos los individuos, incluyendo padres, hijos, abuelos, y todas las personas, familiares o no, que viven en su hogar y comparten los gastos de subsistencia. Si completa la solicitud para un grupo familiar con un niño de crianza temporal, usted puede incluir el niño de crianza temporal en el tamaño total del grupo familiar.

**EL INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR** es el ingreso que cada miembro del grupo familiar recibe antes de impuestos. Eso incluye salarios, seguro social, pensiones, desempleo, asistencia pública, manutención de menores, pensión alimentaria, y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye un niño de crianza temporal como parte del grupo familiar, también debe incluir el ingreso personal del niño de crianza. No reporte como ingresos los pagos relacionados con los niños de crianza temporal.

**¿QUÉ DEBE DE INCLUIR EN LA SOLICITUD?**

**A. Para grupos familiares que no reciben asistencia:**

- Nombre del estudiante
- Los nombres de todos los miembros del grupo familiar
- Ingreso por origen de todos los miembros del grupo familiar
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social del adulto miembro del grupo familiar que firmo la solicitud (o marque el casillero 'no tengo un número de seguro social')

**Complete las Partes 1, 2, 3, 4, y 5; Parte 6 es opcional.**

**B. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal solamente**

- Nombre del estudiante
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

Complete las Partes 1 y 5; Parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación del tribunal que le ubicó el (los) niño(s) de crianza temporal en lugar de completar un formulario de solicitud.

**Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para B.**

**2020-21 Carta a los Grupos Familiares (Escuelas Públicas)**  
**Programa Nacional de Almuerzo Escolar/Programa de Desayuno Escolar**

**C. Para una familiar recibiendo asistencia Basic**

**Food/TANF/FDPIR:**

- Indique el nombre de todos estudiantes
- Indique un numero de caso
- Firma de un miembro adulto del grupo familiar

**Complete las Partes 1, 2, 4, y 5; Parte 6 es opcional.**

**Últimos 4 dígitos del Número de seguro social no se requiere para C.**

**D. Para grupos familiares con niño(s) de crianza temporal y otros niños:**

Complete la solicitud como un grupo familiar e incluya los niños de crianza. Siga las instrucciones indicadas para 'A'. Grupos familiares que no reciben asistencia" e incluya el ingreso del niño de crianza temporal para uso personal

**¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO DÓLARES DEL PROGRAMA BASIC FOOD?**

Si usted ha sido aprobado para recibir Comidas Básicas (Basic Food) pero no recibe el dinero de Comidas Básicas, usted podría ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted debe presentar una solicitud para beneficios de comidas llenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su hijo/a.

**MIS HIJOS CALIFICAN AUTOMATICAMENTE ¿SI TIENEN UN NÚMERO DE CASO?**

Sí. Los niños en el programa TANF o alimentos básicos pueden recibir comidas gratis y algunos niños que reciben beneficios de Medicaid pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido sin que el hogar tenga que completar una solicitud. La escuela identifica a esos niños mediante un proceso de correspondencia de datos. Esa lista con las correspondencias luego se pone a disposición del personal del servicio de comedor de la escuela de su hijo. Los estudiantes que figuran en esa lista obtienen comidas sin cargo si su escuela cuenta con el programa de desayunos y/o almuerzos sin cargo y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Contáctenos de inmediato si cree que su hijo debe recibir comidas sin cargo y no lo hace. Si usted no quiere que su hijo participe en el programa de comidas gratuitas por este método, por favor infórmelo a la escuela.

**SI ALGÚN MIEMBRO DE MI GRUPO FAMILIAR TIENEN UN NÚMERO DE CASO, ¿TODOS LOS NIÑOS CALIFICARÁN PARA OBTENER COMIDAS SIN CARGO?**

Sí. Si algún otro integrante del grupo familiar, que no sea un niño de crianza temporal, tiene un número de caso, usted debe completar una solicitud y enviarla a la escuela de su hijo. Contáctenos en forma inmediata si cree que los otros niños de su grupo familiar deben recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

**BASIC FOOD – ¿PUEDO REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER AYUDA EN LA COMPRA DE ALIMENTOS?**

El programa Basic Food es el programa estatal de cupones para alimentos. El programa ayuda a los grupos familiares poder subsistir proporcionándoles beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Es fácil obtener ayuda del programa Basic Food! Puede solicitarla personalmente en la oficina local de Servicio Comunitario del DSHS, por correo, o en línea. También existen otros beneficios. Puede obtener más información sobre el programa Basic Food llamando al 1-877-501-2233 o ingresando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

**PERTENECEMOS A LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS REPORTAR NUESTROS INGRESOS DE OTRO MODO?**

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.

**LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE ACEPTADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LELNAR UNA NUEVA?**

Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año escolar y por los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo ya es elegible para el nuevo año escolar.

**¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR NO TIENEN NINGÚN INGRESO QUE REPORTAR?**

Es posible que miembros del grupo familiar no reciban ningún tipo de ingreso del cuál le pedimos que reporten en la solicitud o podrían no recibir ningún ingreso del todo. Cuando esto pasa, por favor escriba 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo queda vacío o en blanco, esos también serán considerados como ceros. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos en blanco porque nosotros asumiremos que usted los hizo a propósito.

**SEGURO DE SALUD**

Para saber más sobre o presentar una solicitud para obtener cobertura de seguro de salud para los niños en su familia, por favor visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

**¿QUÉ PASA SI MI HIJO NECESITA ALIMENTOS ESPECIALES?**

Si su niño necesita una alimentación especial, comuníquese con la oficina del Servicio de alimentos de la escuela/ Oficina de Servicios de Nutrición / Servicios Comerciales.

**PRUEBA DE ELEGIBILIDAD**

La información que usted proporciona puede verificarse en cualquier momento. Es posible que se le solicite información adicional que demuestre que su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su hijo o el proceso usado para probar la elegibilidad en función de los ingresos, puede hablar con **Johnny Phu – Director de Servicios Estudiantiles**, el funcionario de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede coordinarse llamando a la escuela/el distrito escolar al número 425-936-1225 o por correo electrónico [jphu@lwsd.org](mailto:jphu@lwsd.org).

**NUEVA SOLICITUD**

Usted puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si el ingreso del grupo familiar disminuyera, aumentara el tamaño del grupo familiar, si algún miembro quedara desempleado o recibiera asistencia de los programas Basic Food, TANF o FDPIR, es posible que usted reúna los requisitos y pueda presentar una solicitud en ese momento.



**2020–21 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO  
LAKE WASHINGTON SCHOOL DISTRICT**

**Complete, firme y envíe esta solicitud a:** La escuela de su hijo o hija o LWSD Business Services, 16250 NE 74th, St., Redmond, WA 98052. También puede imprimir la aplicación, firmar, escanear en formato PDF y enviar un correo electrónico a: [F-RMealApp@lwsd.org](mailto:F-RMealApp@lwsd.org)

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar  Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "X" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "X" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food  TANF  Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR) Numero de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingreso				Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Ingreso				Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Ingreso				Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario				
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):  Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)  Marcar si no tiene SSN:
- (el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: La escuela de su hijo o hija o LWSD Business Services, 16250 NE 74th, St., Redmond, WA 98052  
 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

**6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido**

Marque una o más identidades raciales:

- Indio americano o Nativo de Alaska       Asiático  
 Negro o Afroamericano                       Nativo de Hawái o isleño del pacifico  
 Blanco

Marque una identidad:

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, ([USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027](#)) disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**Declaración de No Discriminación del Distrito Escolar de Lake Washington**

El Distrito Escolar de Lake Washington proporcionará igualdad de oportunidades educativas y tratamiento para todos los estudiantes en todos los aspectos de los programas académicos, de actividades o de empleo del Distrito sin discriminación. Los avisos anuales y continuos de no discriminación se publicarán de conformidad con la ley. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

**LEA APPROVAL:**     Basic Food/TANF/FDPIR/Foster      Total Household Size      \_\_\_\_\_      Weekly      Bi-Weekly      2x per Month      Monthly      Annual  
                           Income Household                      Total Household Income      \$ \_\_\_\_\_                             

**APPLICATION APPROVED FOR:**     Free Meals      **APPLICATION DENIED BECAUSE:**     Income Over Allowed Amount       Other: \_\_\_\_\_  
     Reduced-Price Meals     Incomplete/Missing Information

\_\_\_\_\_  
Date Notice Sent

\_\_\_\_\_  
Signature of Approving Official

\_\_\_\_\_  
Date