

CARTA A LOS PADRES

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

Estimado Padre / Tutor legal:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. **El Distrito Escolar de St. Joseph** ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta **\$1.25**; el almuerzo cuesta **\$2.90 para la escuela intermedia y secundaria, \$2.70 para la escuela primaria. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido.** El precio reducido es **\$.30** para el desayuno y **\$.40** para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para beneficios de comidas gratis o a precio reducido y un conjunto de instrucciones detalladas. A continuación hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarlo con el proceso de solicitud.

1 ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del **Programa de Cupones para alimentos (Food Stamp) / Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) o Asistencia Temporal / Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)**, son elegibles para comidas gratis.
- **Los niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte son elegibles para recibir comidas gratis.**
- **Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela son elegibles para comidas gratis.**
- Niños que cumplen con la definición de "sin hogar", "fugitivo", o "migrante" son elegibles para comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las Pautas de Elegibilidad de Ingresos Federales. Sus hijos pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae a los límites de esta tabla.

Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$25,142	\$2,096	\$484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Por cada persona adicional añadir:	+ 8,732	+ 728	+ 168

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO"? ¿Los miembros de su hogar carecen de una dirección permanente? ¿Se quedan juntos en un refugio, hotel u otro arreglo de vivienda temporal? ¿Tu familia se muda por temporadas? ¿Vive con usted algún niño que haya elegido dejar su familia u hogar anterior? Si cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico (email) a **Kim Siela**.

3. ¿NECESITO RELLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" para 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: **Staci Huff, 1000 S. 9th St, St. Joseph, MO 64503.**

4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, pero por favor, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte a **Staci Huff, 816-671-4140** de inmediato.

5. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO RELLENAR UNA NUEVA? Si. 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.

6. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC puede que sean elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.

7. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.

8. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR DESPUÉS? 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.

9. ¿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 a: **Staci Huff, 816-671-4140**.
10. ¿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.
11. ¿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.
12. ¿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 algún espacio vacío o en blanco, esto también se contará como cero. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
13. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su salario básico y bonos en efectivo deben reportarse como ingresos. Si recibe asignaciones de valor en efectivo para vivienda, comida o ropa fuera de la base, o si recibe pagos de Asignación Suplementaria de Subsistencia Familiar, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.
14. ¿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. Contacte a **Staci Huff, 816-671-4140** para recibir otra solicitud.
15. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar para el programa de cupones para alimentos (Food Stamp), SNAP o u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia o llame al 1-855-373-4636.
16. ¿PUEDO HACER MI SOLICITUD EN LINEA? ? ¡Sí! Se le anima a completar una solicitud única en lugar de una solicitud en papel, si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la solicitud en papel. Visite www.sjsd.k12.mo.us para comenzar o para obtener más información sobre el proceso de solicitud en línea. Comuníquese con **Staci Huff, 816-671-4140** si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **816-671-4140**.
Atentamente,

Staci Huff

Declaración de la No discriminación del USDA:

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura y reglamentos de derechos civiles y políticas de (USDA), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por la actividad previa de los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del 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 del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (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 de discriminación del programa, completar el Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) encontrado en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y cualquier oficina del USDA, escribir una 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 (566) 632-9992. Enviar el formulario completado o una carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) facsimile: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

Utilice estas instrucciones para ayudarlo a completar la solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido. Solo necesita enviar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en el Distrito Escolar St. Joseph. La solicitud debe completarse en su totalidad completamente para certificar a sus hijos para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido. ¡Por favor, siga estas instrucciones en orden! 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, comuníquese con Staci Huff al (816) 671-4140.

POR FAVOR UN BOLIGRAFO (NO UN LAPIZ) CUANDO LLENE LA APLICACIÓN Y TRATE DE USAR SU MEJOR LETRA EN IMPRENTA.

PASO 1: ANOTAR A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SEAN BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL 12º GRADO INCLUSIVE

Díganos cuántos bebés, niños y estudiantes de colegio hay en su familia. NO tienen que estar emparentados con usted para formar parte de su familia.

¿A quién debo anotar aquí? Al rellenar esta sección, incluya a TODOS los miembros de su familia que sean:

- Niños de 18 años o menores, Y dependientes económicamente de los ingresos familiares;
- A su cuidado en régimen de acogida (Foster) o que no tengan hogar, sean emigrantes o jóvenes fugados;
- Estudiantes asistiendo al Distrito Escolar de St. Joseph, sin importar la edad.

<p>Anotar el nombre de cada niño . . Escriba el nombre de cada niño. Utilice una línea de la solicitud por niño. Al escribir los nombres, ponga una letra en cada cuadro. Pare si se queda sin espacio. Si hay más niños que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información requerida de los niños adicionales.</p>	<p>Nombre del edificio / grado Si el niño es estudiante, indique el nombre y grado del edificio.</p>	<p>¿Tiene hijos acogidos/adoptivos? Si alguno de los niños enumerado está en régimen de acogida, marque la casilla "Niño en régimen de acogida" junto al nombre del niño. Si SOLO hace la solicitud para niños en régimen de acogida, después de terminar el PASO 1, vaya al PASO 4. <u>Los niños en régimen de acogida que viven con usted cuentan como miembros de su familia y deben enumerarse en la solicitud.</u> Si manda la solicitud tanto para niños en régimen de acogida como para niños que no estén bajo dicho régimen, vaya al paso 3.</p>	<p>¿Alguno de los niños no tiene hogar, es emigrante o se ha fugado? algunos de los niños que ha enumerado en esta sección encaja en esta descripción, marque la casilla "Sin hogar, emigrante, fugado" junto al nombre del niño y <u>rellene todos los pasos de la solicitud.</u></p>
--	---	--	---

PASO 2: ¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA PARTICIPA ACTUALMENTE EN SNAP, TANF, O FDPIR?

Si alguien de su familia (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de asistencia que se indican a continuación, sus niños puede solicitar comidas escolares gratis:

- The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) — (Programa de asistencia de nutrición complementaria)
- Temporary Assistance for Needy Families (TANF) – (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- The Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR).- (Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas).

Si nadie de su familia participa en ninguno de los programas enumerados anteriormente:

- Deje el **PASO 2** en blanco y vaya al **PASO 3**.

Si alguien de su familia participa en alguno de los programas enumerados con anterioridad:

- Escriba un número de expediente en SNAP, TANF o FDPIR. Solo tiene que proporcionar un número de expediente. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de expediente, póngase en contacto con: Número estatal 1-855-373-4636 -[\[local agency contacts here\]](#).
- Ir al **PASO 4**.

PASO 3: DECLARAR LOS INGRESOS DE TODOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

¿Cómo declaro mis ingresos?

- Utilice las tablas tituladas **“Fuentes de ingresos para adultos”** y **“Fuentes de ingresos para niños”**, impresas en el reverso del formulario de solicitud para determinar si su hogar tiene ingresos para declarar.
- Reporte todas las cantidades en INGRESO BRUTO SOLAMENTE. Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.
 - El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de los impuestos.
 - Mucha gente piensa que los ingresos son la cantidad que “llevan a casa” y no la cantidad total “bruta”. Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud NO se hayan reducido para pagar impuestos, primas de seguro o cualquier otro monto deducido de su sueldo.

(La información sigue en el reverso).

Escriba un "0" en cualquier campo donde no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que quede vacío o en blanco también contará como cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales sospechan que sus ingresos familiares se han declarado incorrectamente, se investigará su solicitud.

- Marque con qué frecuencia recibe cada tipo de ingresos mediante las casillas a la derecha de cada campo.

3.A. DECLARAR LOS INGRESOS DE LOS NIÑOS

A) Declarar todos los ingresos ganados o recibidos de los niños. Declare los ingresos brutos combinados de TODOS los niños de su familia enumerados en el PASO 1 en la casilla marcada "Ingresos totales del niño". Solo cuente los ingresos de los niños en régimen de acogida si realiza la solicitud incluyéndolos con el resto de su familia.

¿Qué son los ingresos del niño? Los ingresos del niño son el dinero recibido fuera de su familia y pagado DIRECTAMENTE a sus niños. Muchas familias no tienen este tipo de ingresos.

3.B. DECLARAR LOS INGRESOS DE LOS ADULTOS

¿A quien debo anotar aquí?

- Al rellenar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su familia que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no estén relacionados y aunque no reciban sus propios ingresos.
- **NO incluya:**
 - A las personas que viven con usted, pero que no dependan económicamente de los ingresos familiares NI contribuyan con sus ingresos al lazo familiar.
 - Los niños y estudiantes ya enumerados en el **PASO 1**.

<p>Anote los nombres de los miembros adultos del hogar Escriba el nombre de cada miembro de la familia en las casillas marcadas "Nombres de los miembros adultos de la familia (nombre y apellido)". No incluya a ningún miembro de la familia enumerado en el PASO 1. Si alguno de los niños que puso en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones del PASO 3, parte A.</p>	<p>Informar ganancias del trabajo. Declare todo lo que gane en su actividad profesional en el campo de la solicitud "Ingresos profesionales". Normalmente, se trata del dinero recibido trabajando. Si es autónomo o posee una granja, tendrá que declarar sus ingresos netos.</p> <p><i>¿Qué pasa si soy autónomo?</i> Declare los ingresos netos de su trabajo. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa de sus ingresos brutos.</p>	<p>Informe de ingresos de asistencia pública / manutención de niños / pensión alimenticia. Declare todos los ingresos que correspondan en el campo de la solicitud "Ayuda pública/manutención infantil/pensión alimenticia". <u>No declare el valor en efectivo de ninguna prestación de ayuda pública que NO aparezca en la lista</u>. Si recibe ingresos de manutención infantil o pensión alimenticia, solo declare los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales regulares deben declararse como "otros" en la siguiente parte.</p>
<p>Declarar ingresos por pensión/jubilación/otros. Informe todos los ingresos que correspondan en el campo "Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos" en la solicitud.</p>	<p>Declarar el tamaño total de la familia. Escriba el número total de miembros de la familia en el campo "Total de miembros de la familia (niños y adultos)". Este número DEBE ser igual al número de miembros de la familia enumerados en los PASO 1 y PASO 3. Si se hubiera olvidado de anotar algún miembro de su familia en la solicitud, vuelva atrás y añádale. Es muy importante enumerar a todos los miembros de la familia, ya que el tamaño de su familia afecta a su solicitud para recibir comidas gratis o a precio reducido.</p>	<p>Proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de la Seguridad Social. Hay que escribir los últimos cuatro dígitos de los números de la Seguridad Social en el espacio proporcionado de uno de los miembros adultos de la familia. Tiene derecho a solicitar prestaciones aunque no tenga número de la Seguridad Social. Si ningún adulto de la familia tiene número de la Seguridad Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla de la derecha "Marcar si no tiene nº de SS"(SSN)."</p>

STEP 4: CONTACT INFORMATION AND ADULT SIGNATURE

Todas las solicitudes deberán ser firmadas por un miembro adulto de la familia. Al firmar la solicitud, ese miembro de la familia promete que toda la información declarada es veraz y completa. Antes de finalizar esta sección, asegúrese también de haber leído la declaración de privacidad y derechos civiles en la parte posterior de la solicitud.

<p>Proporcionar su información de contacto. Escriba su dirección actual en los campos facilitados si esta información está disponible. Si no tiene dirección permanente, sus niños siguen teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido. Compartir un número de teléfono, dirección de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a ponernos en contacto con usted rápidamente si fuera preciso.</p>	<p>Escribir su nombre y firmar. Escriba el nombre del adulto que va a firmar la solicitud, dicha persona firmará en el cuadro "Firma del adulto".</p>	<p>Escribir la fecha de hoy. Staci Huff, 1000 S. 9th St.St., Joseph, MO 64503.</p>	<p>Compartir la identidad étnica y racial de los niños (opcional). En la parte posterior de la solicitud, le pedimos que comparta información acerca de la raza de sus niños y su origen étnico. Este campo es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.</p>
---	--	---	--

2023-2024 Solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido

Rellene una solicitud por hogar. Favor de usar pluma (no lápiz).

Date Received by LEA (LEA use only)

PASO 1 Anote a **TODOS** los miembros del hogar que son infantes, niños pequeños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12° (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y gastos, aunque no sea familia." Los niños bajo Niños acogidos temporal y niños que cumplen con la definición de Sin hogar, Migrantes o Huidor son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido"	Nombre del niño(a)	IN	Apellido del niño(a)	Escuela	Grado	Niño acogido	Homeless, Sin hogar, Migrante.

PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluso usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDIPIR? Ponerle un círculo a su respuesta: Si / No?

Si contestó que **NO** > Complete EL PASO Si contestó **Sí** Escriba un número de caso aquí y luego vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3) Número de caso: _____ Escriba un número de caso en este espacio

PASO 3 Declare el ingreso de **TODOS** los miembros del hogar Saltese este paso si su respuesta es "Si" al PASO

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, aquí..

Ingreso del niño \$ _____ Frecuencia: Seman Quincenal 2x al mes Mensual

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)
Anote a 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 dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted (jura) que no hay ingreso que reportar.

Nombres de Adultos en el hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso del trabajo	Frecuencia?				Asistencia pública/Pensión alimenticia/Almory	Frecuencia?				Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos	Frecuencia?			
		Semanal	quincenal	2x Mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2x al mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Número total de personas en el hogar (Niños y Adultos)

Los últimos cuatro números del Seguro Socia (SSN) del asalariado principal u otro adulto del hogar. Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto **Enviar formulario complete a: INSERT YOUR SCHOOL/DISTRICT MAILING ADDRESS HERE**

"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."

Calle y número de casa (si disponible) _____ Apt # _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono y Email (opcional) _____

Nombre del adulto, en letra molde, que completó el formulario _____ Firma del adulto que completó el formulario _____ Fecha de hoy _____

DO NOT FILL OUT THIS SECTION. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.

ANNUAL INCOME CONVERSION: WEEKLY X 52, EVERY 2 WEEKS X 26, TWICE A MONTH X 24, MONTHLY X 12 (USE ONLY IF MULTIPLE FREQUENCY)

Food Stamps/Temporary Assistance Household size: _____ Total income: _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year

Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____ Date withdrawn: _____

Error Prone Application: Yes No (Optional - See FAQs) Determining Official's Signature: _____ Date Approved/Denied: _____

Confirming Official's Signature (For verification purposes only): _____ Date: _____

INSTRUCCIONES Fuente de ingresos

Fuentes de ingresos para niños	
Fuente de ingresos de niños	Ejemplo(s)
- Ingresos de empleo	- Un niño tiene un trabajo regular a tiempo completo o parcial, donde ganan un
- Seguro Social - Pagos por Incapacidad - Beneficios de superviviente	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social - Un padre está discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios de Seguro Social
- Ingreso por persona fuera del hogar	- Un pariente lejano o amigo de la familia le da regularmente dinero para gastos al niño
- Ingreso por cualquier otro recurso	- Un niño recibe ingreso regular de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuentes de ingresos para Adultos		
Ingresos del trabajo	Asistencia Pública/ Pensión alimenticia/ manutención de los hijos	Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos
-retribución, salario, bonos en efectivo -Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio) Si está en el Servicio Militar de EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (no incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Indemnizaciones por fuera de la base vivienda, alimentos y ropa	-Beneficios de desempleo -Compensación para trabajadores -Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) -Asistencia en efectivo de gobierno estatal o local -Pagos de pensión alimenticia -Los pagos de manutención -Beneficios de Veteranos - Beneficios de Huelga	-Seguro Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios de pulmón negro) - Las pensiones privadas o beneficios por incapacidad - Los ingresos ordinarios provenientes de fideicomisos o sucesiones - Anualidades - Ingreso de inversión - Los intereses ganados - Ingresos de alquiler - Los pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. En respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si no se selecciona etnicidad/raza, se determinará una identificación visual.

Grupo étnico (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Race (check one or more): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco

Declaración del uso de la Información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para ver quién califica para comidas gratis o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Asegúrese de proporcionar los últimos cuatro números del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene uno, 'Marque si no tiene Número de Seguro Social'. Las solicitudes para un niño de crianza no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para niños en hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niños califican para comidas gratis sin una solicitud. Comuníquese con su escuela para obtener comidas gratuitas para un niño de crianza y niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

La información de contacto a continuación es únicamente para presentar una queja de discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

* CORREO: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for
Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

FACSIMILE: (833) 256-1665 or (202)
690-7442; or
EMAIL: Program.Intake@usda.gov

* No envíe solicitudes por correo a esta dirección, solo quejas de Discriminación

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades..

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

(Completar un formulario por familia)

Por favor, responda la pregunta a continuación marcando la casilla correspondiente. La siguiente información es solicitada por la Asamblea General en 2010 requiriendo que los distritos escolares determinen si los niños en una familia tienen o no tienen seguro de salud.

¿Tiene cada niño en su hogar seguro de salud?

SI

NO

MO HealthNet (Medicaid) se considera un seguro de salud.

Si marca NO, el distrito escolar proporcionará el formulario ¿Necesita su hijo(a) cobertura médica para la familia?.

El completar este formulario no es una condición para determinar la elegibilidad para comidas. La Solicitud Familiar de Comidas Gratuitas ya Precio Reducido será revisada independientemente de su respuesta a esta Solicitud de Información.

Envíe esta solicitud con su solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido o devuélvala a su escuela/distrito escolar.

Nombre en imprenta del padre/tutor legal _____

Diracción: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

BLANK **PAGE**



Does your child need health care coverage?

MO HealthNet for Kids may be the answer.

MO HealthNet for Kids is a program that provides healthcare coverage for children under age 19 whose family income falls within certain guidelines. (See back for income guidelines)

Who Is Eligible?

A child:

- who is under age 19;
- who has or applies for a social security number;
- who lives in Missouri and intends to remain;
- who is a United States citizen or an eligible qualified non-citizen (NOTE: receipt of MO HealthNet benefits does NOT subject qualified non-citizens to public charge consideration);
- the parent must cooperate with Child Support Enforcement (CSE) in the pursuit of medical support; and
- who has countable family income which meets the income guidelines.

MO HealthNet for Kids Non-SCHIP

- 196% Federal Poverty Level (FPL) for children under age 1
- 148% FPL for ages 1-18

MO HealthNet for Kids (SCHIP) Non-Premium

- Family gross income over 148% FPL up to 150% FPL; and
- Child is uninsured

MO HealthNet for Kids (SCHIP) Premium

- Family gross income over 150% FPL up to 300% FPL;
- Child is uninsured; and
- Children in families with gross income over 150% FPL without access to affordable health insurance (from \$115 to \$311 per month, based on family size and income) and the family must pay a monthly premium. Premium amounts change in July of each year. The premium is based on family size and income to ensure that no family pays more than 5% of their income for coverage.

To Apply:

- **On line** at mydss.mo.gov/healthcare. Please send an email to Cole.MHNPolicy@dss.mo.gov with subject line "School" to let us know to watch for your application.
- **By telephone** at 1-855-373-9994. When speaking with a representative please tell them this is a "School Application".
- **Request an application** from 1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636). Please write "SCHOOL" at the top of the application.
- **Print an application** online at dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/09/IM-1SSL-Fillable-Secured-6-24-21.pdf. Please write "SCHOOL" at the top of the application.

INCOME GUIDELINES EFFECTIVE APRIL 1, 2023

Children under age 1 at 196% of the federal poverty level:	
Family Size	Income Limit*
1	\$2382
2	\$3221
3	\$4061
4	\$4900
5	\$5740

Children ages 1-18 at 148% of the federal poverty level:	
Family Size	Income Limit*
1	\$1799
2	\$2433
3	\$3067
4	\$3700
5	\$4334

150% of the federal poverty level:	
Family Size	Income Limit*
1	\$1823
2	\$2465
3	\$3108
4	\$3750
5	\$4393

300% of the federal poverty level:	
Family Size	Income Limit*
1	\$3645
2	\$4930
3	\$6215
4	\$7500
5	\$8785

*The Federal Poverty level changes in April.

¿Su hijo necesita cobertura de atención médica?

MO HealthNet para Menores quizás sea lo que necesita.

MO HealthNet para Menores es un programa que ofrece cobertura de atención médica a personas menores de 19 años de edad cuya familia percibe ingresos que cumplen ciertos criterios (observe el reverso de este documento para conocer los requisitos respecto a ingresos).

¿Quiénes pueden participar?

Toda persona:

- menor de 19 años de edad;
- que cuente con un número de seguro social, o que lo solicite;
- que habite en Missouri y no tenga la intención de abandonar el estado;
- que sea ciudadano estadounidense o inmigrante calificado que cumpla los requisitos (NOTA: la recepción de beneficios de MO HealthNet NO somete a los inmigrantes calificados a ser considerados como carga para el Estado);
- cuyo progenitor esté dispuesto a cooperar con la Unidad de Cumplimiento de Manutención Infantil (CSE) en la búsqueda de atención médica, y;
- que tenga un ingreso familiar computable que cumpla los requisitos respecto a ingresos.

MO HealthNet para Menores que no pertenecen al programa SCHIP

- 196% del nivel federal de pobreza, en el caso de menores de menos de 1 año de edad.
- 148% del nivel federal de pobreza, en el caso de menores de 1 a 18 años de edad.

MO HealthNet para Menores (con SCHIP) Sin Comisión

- Ingreso bruto familiar mayor al 148% del nivel federal de pobreza y hasta 150% del nivel federal de pobreza;
- El menor no está asegurado.

MO HealthNet para Menores (con SCHIP) Con Comisión

- Ingreso bruto familiar mayor al 150% del nivel federal de pobreza y hasta 300% del nivel federal de pobreza;
- El menor no está asegurado;
- Menores en familias con un ingreso bruto mayor al 150% del nivel federal de pobreza, sin acceso a un seguro médico asequible (de \$115 a \$311 mensuales, con base en el número de miembros y el ingreso de la familia) y se requiere que la familia pague una comisión mensual. Los costos de las comisiones se modifican en julio de cada año. La comisión se basa en el número de miembros y el ingreso de la familia para garantizar que ninguna familia pague más del 5% de su ingreso por cobertura.

Para tramitar su solicitud:

- **Por Internet** en mydss.mo.gov/healthcare. Por favor, envíe un correo electrónico a Cole.MHNPolicy@dss.mo.gov. En el asunto escriba "School" ("Escuela") para que le brindemos la debida atención a su solicitud.
- **Por teléfono**, al número 1-855-373-9994. Al comunicarse con un representante indique que se trata de una "School Application" ("Solicitud Escolar").
- **Pida un formulario de solicitud** al número 1-855-FSD-INFO (1-855-373-4636). Una vez que consiga el formulario, escriba "SCHOOL" ("ESCUELA") en la parte superior del formulario de solicitud.
- **Imprima un formulario de solicitud**, disponible en la página de Internet: dssmanuals.mo.gov/wp-content/uploads/2020/05/im-1sslsp.pdf. Una vez que consiga el formulario, escriba "SCHOOL" ("ESCUELA") en la parte superior del formulario de solicitud.

REQUISITOS RESPECTO A INGRESOS; VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DEL 2023

Menores de menos de 1 año de edad con 196% del nivel federal de pobreza:	
Número de Miembros de la Familia	Límite de Ingresos*
1	\$2382
2	\$3221
3	\$4061
4	\$4900
5	\$5740

Menores de entre 1 y 18 años de edad con 148% del nivel federal de pobreza:	
Número de Miembros de la Familia	Límite de Ingresos*
1	\$1799
2	\$2433
3	\$3067
4	\$3700
5	\$4334

150% del nivel federal de pobreza:	
Número de Miembros de la Familia	Límite de Ingresos*
1	\$1823
2	\$2465
3	\$3108
4	\$3750
5	\$4393

300% del nivel federal de pobreza:	
Número de Miembros de la Familia	Límite de Ingresos*
1	\$3645
2	\$4930
3	\$6215
4	\$7500
5	\$8785

*En caso correspondiente, el nivel federal de pobreza se modifica en abril.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido se puede compartir con otros programas para los que su (s) hijo (s) pueden calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El envío de este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o, a precio reducido.

- No, **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido se comparta con ninguno de estos programas..
- ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o de precio reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si marcó sí en alguna o todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información se compartirá solo con los programas que marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ Fecha _____

Nombre en letra imprenta: _____

Dirección: _____

Para mas información, usted puede llamar a **[name]** at **[phone]**.

Regresar este formulario a: **[address]** by **[date]**

(información sigue en la parte de atrás)

Declaración de no discriminación del USDA:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET (TARGET Center) del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **facsimile:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
Program.Intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.