# WESTBOROUGH PUBLIC SCHOOLS

45West Main Street • Westborough, MA 01581 • 508-836-7700 • www.westboroughk12.org

Estimado Padre / Tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. Las Escuelas Públicas de Westborough ofrecen comidas saludables todos los días escolares. En el año escolar 2023-2024, todos los estudiantes recibirán desayuno y almuerzo gratis en la escuela. La Mancomunidad de Massachusetts ha proporcionado dinero para hacer esto a través del presupuesto estatal. Si muchas familias completan y devuelven este formulario, obtendremos dinero para otros programas escolares, como ayudar a nuestra comunidad a proporcionar comidas gratuitas de verano a todos los niños y comidas gratuitas a los niños en el cuidado infantil. **Además, puede ser elegible para una exención de cuotas de deportes, clubes, actividades y/o bellas artes.** La información que proporciona es confidencial. Seguimos reglas federales estrictas para mantener su información privada.

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) brinda asistencia financiera mensual para comprar alimentos a los residentes de Massachusetts que califican. Si no está recibiendo beneficios de SNAP y desea obtener más información sobre cómo puede ser elegible, llame a la línea directa FoodSource de Project Bread al 1-800-645-8333 y un asesor puede ayudarlo a presentar su solicitud por teléfono. También puede solicitar por su cuenta en línea en DTA Connect: https://dtaconnect.eohhs.mass.gov/apply

## *Preguntas frecuentes*

*¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?* No. Use una Solicitud de Comidas Escolares Gratis oa Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a: La secretaria de la escuela de su hijo.

*¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD YA QUE TODOS LOS ESTUDIANTES YA ESTÁN RECIBIENDO COMIDAS GRATIS?* Sí, el distrito escolar obtendrá dinero para otros programas escolares, como ayudar a nuestra comunidad a proporcionar comidas gratuitas de verano a todos los niños y comidas gratuitas a los niños en el cuidado infantil. Además, su hijo puede ser elegible para una exención de cuotas de deportes, clubes, actividades y/o bellas artes. Si falta algún niño en su hogar en su notificación de elegibilidad, comuníquese con **Anita Patel, 508-836-7700 ext. 2020 o patela@westboroughk12.org** inmediatamente.

*LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNO NUEVO?* **Sí.** La solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud anualmente.

*¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?*
Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para presentar una solicitud.

*¿QUIÉN CALIFICA PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO Y CUOTAS DE ACTIVIDAD?* Este año, todos los estudiantes de nuestras escuelas recibirán desayuno y almuerzo gratis en la escuela. Se le considerará para una exención de las tarifas de actividad si su solicitud se aprueba como gratuita, reducida o si se encuentra dentro de cualquiera de las categorías que se enumeran a continuación:

- Todos los niños en hogares que reciben beneficios de MA SNAP, MA TAFDC, FDPIR o categorías específicas de Medicaid son elegibles para recibir comidas gratis.
- **Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal son elegibles para recibir comidas gratis.**
- **Los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis.**

  Los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes son elegibles para recibir comidas gratis.

| TABLA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL Para el año escolar 2023 - 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| **Tamaño del hogar** | **Anual** | **Mensual** | **Semanalmente** |
| 1 | $26,973 | $2,248 | $519 |
| 2 | 36,482 | 3,041 | 702 |
| 3 | 45,991 | 3,833 | 885 |
| 4 | 55,500 | 4,625 | 1,068 |
| 5 | 65,009 | 5,418 | 1,251 |
| 6 | 74,518 | 6,210 | 1,434 |
| 7 | 84,027 | 7,003 | 1,616 |
| 8 | 93,536 | 7,795 | 1,799 |
| Cada persona adicional: | + 9,509 | + 793 | +183 |

*¿CÓMO PUEDO SABER SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO SIN HOGAR, MIGRANTES O FUGIDOS?*

¿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 **Karen Bunton at 508-836-7700 ext. 2022 or buntonk@westboroughk12.org.**

*RECIBO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?*

Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido. Por favor envíe una solicitud completa. Además, puede ser elegible para una exención de cuotas de deportes, clubes, actividades y/o bellas artes.

*¿SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE DARÉ?*

Sí. También podemos pedirle que envíe una prueba escrita de los ingresos del hogar que informe.

*SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO APLICAR MÁS TARDE?*

Sí, puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se queda desempleado pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas oa precio reducido si los ingresos del hogar caen por debajo del límite de ingresos.

*¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?*

Debe hablar con funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Anita Patel, 45 West Main St., Westborough, MA 01581, 508-836-7700 ext. 2020 or patela@westboroughk12.org**

*¿Y SI MIS INGRESOS NO SIEMPRE SON LOS MISMOS?*

Indique la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana $ 1000 por mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo ganó $ 900, anote que ganó $ 1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo trabaja horas extras algunas veces. Si ha perdido un trabajo o le han reducido sus horas o su salario, use su ingreso actual.

*¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS PARA INFORMAR?*

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que informe en la solicitud o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como ceros. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que tenía la intención de hacerlo.

*ESTAMOS EN EL MILITAR. ¿INFORMAMOS NUESTROS INGRESOS DE 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.

*¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA?*
Enumere cualquier miembro adicional del hogar en una hoja de papel separada y adjúntela a su solicitud. Comuníquese con la secretaria de la escuela de su hijo para recibir una segunda solicitud.

*MI FAMILIA NECESITA MAS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODRÍAMOS SOLICITAR?*
Para averiguar cómo solicitar MA SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame a la línea de asistencia MA DTA al **1-877-382-2363 (presione 7 para solicitar SNAP)**.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **508-836-7700 ext. 2020**.

Atentamente,
*Anita Patel*

| | |
|---|---|
| Nombre | Anita Patel |
| Título | Directora de Finanzas y Administracion |
| Fecha | 8/1/2023 |

---

*La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar las comidas gratis oa precio reducido para su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar que firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta la solicitud en nombre de un niño de crianza o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis oa precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.*

*Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.*

**Declaración de no 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:

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. **fax:**
   (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

# I Speak Statements

- ☐ Unë flas **shqip** (Albanian)
- ☐ **አማርኛ** እናገራለው (Amharic)
- ☐ انا اتكلم **اللغة العربية** (Arabic)
- ☐ Ես խոսում եմ **հայերեն** (Armenian)
- ☐ আমি বাংলা কথা। (Bengali)
- ☐ Ja govorim **bosanski jezik** (Bosnian)
- ☐ [illegible] (Burmese)
- ☐ 我说**中文** (Chinese Simplified)
- ☐ 我說**中文** (Chinese Traditional)
- ☐ Ja govorim **hrvatski**. (Croatian)
- ☐ [illegible] **فارسی** صحبت می کنم (Farsi)
- ☐ Je parle **français**. (French)
- ☐ Je parle le **Français haïtien** (French Creole)
- ☐ Μιλάω **ελληνικά**. (Greek)
- ☐ હું ગુજરાતી બોલું છું (Gujarati)
- ☐ Mwen pale **Kreyòl**. (Haitian Creole)
- ☐ मैं **हिंदी** बोलता हूँ (Hindi)
- ☐ Kuv hais **lus hmoob**. (Hmong)
- ☐ Ana m a sụ **Igbo** (Igbo)
- ☐ Parlo **Italiano** (Italian)
- ☐ 私は**日本語**を話します (Japanese)
- ☐ Mi chat **Jamiekan langwjij** (Jamaican Creole)
- ☐ [illegible] (Karen)
- ☐ ខ្ញុំនិយាយភាសា**ខ្មែរ** (Khmer)
- ☐ 본인의 모국어는 **한국어**입니다 (Korean)
- ☐ [illegible] (Kurdish)
- ☐ Ñ a po **Klào** Win. (Kru)
- ☐ ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າ **ພາສາລາວ**. (Lao)
- ☐ Yie gorngv **Mienh** waac. (Mien)
- ☐ म **नेपाली** बोल्दछु (Nepali)
- ☐ **Mówię po polsku**. (Polish)
- ☐ Eu falo **Português**. (Portuguese)
- ☐ ਇ **ਸ਼ੁਧੋਅਰ ਪੰਜਾਬੀ** (Punjabi)
- ☐ Cunosc limba **Română**. (Romanian)
- ☐ Я говорю **по-русски**. (Russian)
- ☐ Ou te tautala **faaSamoa**. (Samoan)
- ☐ Govorim **srpski**. (Serbian)
- ☐ Waxaan ku hadlaa **Somali**. (Somali)
- ☐ Yo hablo **español**. (Spanish)
- ☐ أتحدث **السودانية** (لغوي سوداني) (Sudanese)
- ☐ Marunong po akong magsalita ng **Tagalog**. (Tagalog)
- ☐ ข้าพเจ้าพูด **ภาษาไทย** (Thai)
- ☐ ኣነ **ትግርኛ** ይዛረብ እየ. (Tigrinya)
- ☐ Я розмовляю **українською**. (Ukrainian)
- ☐ میں **اردو** بولتا/بولتی ہوں (Urdu)
- ☐ Tôi nói tiếng **Việt**. (Vietnamese)
- ☐ איך רעד **ייִדיש** (Yiddish)
- ☐ Mo gbọ **Yoruba** (Yoruba)

USDA is an equal opportunity provider and employer.

Student Name: _____

School: _____ Grade: _____

# Cómo solicitar comidas escolares sin costo y a precio reducido

Siga estas instrucciones para ayudarse a completar la solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido. Solo es necesario presentar una solicitud por hogar, **incluso si sus niños/as asisten a más de una escuela en elWestborough**

La solicitud debe completarse en su totalidad para determinar la elegibilidad de su(s) niños/as para recibir comidas escolares sin costo o a precio reducido. ¡Siga estas instrucciones en orden! Todos los pasos de las instrucciones son los mismos que los de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con : Anita Patel, 45 West Main St., Westborough, MA 01581, 508-836-7700 ext. 2020

**Use un bolígrafo (no un lápiz) al completar la solicitud y haga todo lo posible por escribir con letra de imprenta clara.**

## Paso 1: Enumere a TODOS los niños/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado

Díganos cuántos bebés, niños/as pequeños, niños/as que no van a la escuela y estudiantes de primaria, secundaria o preparatoria viven en su hogar. NO tienen que ser familiares suyos para formar parte de su hogar.

**¿A quién debo mencionar aquí?** Cuando complete esta sección, incluya a TODOS los miembros de su hogar que son:

- niños/as de 18 años o menos y reciban sustento con los ingresos del hogar;
- niños/as bajo su cuidado en virtud de un acuerdo formal de cuidado *foster* a través de un tribunal o de una agencia estatal o local, o que cumplan los requisitos para ser considerados menores sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar;
- estudiantes que asisten, independientemente de su edad, a Escuelas públicas de Westborough

| **A) Mencione el nombre de cada niño/a.** Escriba en letra de molde el nombre de cada niño/a. Use una línea de la solicitud para cada niño/a. Cuando anote los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños/as presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel (o una segunda solicitud si se completa electrónicamente) con toda la información requerida para los niños/as adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de la inicial del segundo nombre. Escriba en el recuadro la primera letra del segundo nombre de cada niño/a. | **B) ¿El niño/a es estudiante?** En caso afirmativo, escriba el grado del alumno en la columna "Grado" de la derecha. | **C) ¿Tiene algunos niños/as que son *foster children*?** Si alguno de los niños/as que aparecen en la lista es un *foster child*, marque la casilla *"foster child"* junto al nombre del niño/a. Si SOLO solicita para niños/as que son *foster children*, después de terminar el **Paso 1**, continúe al **Paso 4**.<br><br>Los niños/as que son *foster children* que viven con usted pueden considerarse miembros de su hogar y deben incluirse en la solicitud. Si presenta una solicitud tanto para niños/as que son *foster children* y que no son *foster children*, continúe al Paso 3.<br><br>Nota: Los niños/as adoptados no se consideran un *foster child*. Un *foster child* es un niño/a menor de edad bajo custodia estatal que se asigna a un adulto autorizado por el estado y que cuida al niño/a en lugar de su padre, madre o tutor legal. | **D) ¿Hay niños/as sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar?** Si cree que alguno de los niños/as incluidos en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "sin hogar, migrante o huyó del hogar" junto al nombre del niño/a y complete todos los pasos de la solicitud. La condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar debe confirmarse con el personal del programa correspondiente. Si el distrito escolar no puede confirmar que el estudiante en esta solicitud tiene la condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. Puede elegir proporcionar la información sobre sus ingresos ahora para evitar que el distrito escolar tenga que comunicarse con usted más adelante. |
|---|---|---|---|

## Paso 2: ¿Algún miembro del hogar participa actualmente en SNAP, TANF o FDPIR?

**Si algún miembro de su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los programas de asistencia que se mencionan a continuación, sus niños/as tienen derecho a recibir comidas escolares sin costo:**

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o [Insert State SNAP here].
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o [Insert State TANF here].
- El Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés).

| **A) Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas indicados anteriormente:** | **B) Si algún miembro de su hogar participa en alguno de los programas mencionados:** |
|---|---|
| • Marque "No" en el **Paso 2** y continúe al **Paso 3.** | • Escriba un número de caso para SNAP, TANF o FDPIR. Solo necesita proporcionar un número de expediente. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con:<br>[Insert State/local agency contacts here]<br>• Continúe al **Paso 4.** |

## Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

**¿Cómo informo mis ingresos?**

- Use las listas tituladas **"Fuentes de ingresos"** y **"Ejemplos de ingresos para niños/as"** que aparecen en página 2 del formulario de solicitud, para determinar si su hogar tiene ingresos que declarar.
- Informe todas las cantidades en la sección de SOLO INGRESOS BRUTOS. Informe sobre todos los ingresos en dólares redondeados. No incluya centavos.
  - Los ingresos brutos son los ingresos totales percibidos **antes** de impuestos y deducciones.
  - Muchas personas piensan que los ingresos son la cantidad que "se llevan a casa" y no la cantidad total "bruta". Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud NO se han reducido para pagar impuestos, primas de seguros o cualquier otra cantidad que se le haya descontado de su salario.
- Escriba un "0" en los campos en los que no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío o en blanco también se contará como un cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales sospechan que sus ingresos familiares se declararon incorrectamente, se investigará su solicitud.
- Marque la frecuencia con la que recibe cada tipo de ingreso utilizando las casillas de verificación situadas a la derecha de cada campo.

### 3.A. Informe de los ingresos obtenidos por los adultos del hogar

**¿A quién debo mencionar aquí?**

- Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos de su hogar que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no sean familiares y aunque no perciban ingresos propios.
- ***NO incluya:***
  - Personas que viven con usted, pero no reciben sustento con los ingresos de su hogar Y no aportan ingresos a su hogar.
  - Bebés, niños/as y estudiantes ya mencionados en el **Paso 1.**

## Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

**1) Mencione los nombres de los miembros adultos del hogar.**
Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)". Incluya a los estudiantes universitarios, a menos que declaren sus impuestos de manera independiente (todos los estudiantes universitarios se consideran adultos). No incluya a ninguno de los miembros del hogar mencionados en el **Paso 1**.

**2) Mencione los ingresos por trabajo.**
Indique todos los ingresos por trabajo en el campo "Ingresos por trabajo" de la solicitud. Se trata generalmente del dinero recibido por empleos. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, declarará sus ingresos netos. Los ingresos netos son los ingresos después de restar los impuestos y las deducciones.

- ***¿Y si tengo varios trabajos?*** Mencione cada trabajo por separado escribiendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.
- ***¿Qué pasa si trabajo de manera autónoma?*** Indique los ingresos de su empresa como importe neto. Este importe neto se calcula restando los gastos totales de su empresa de sus recibos brutos (ingresos). Los ingresos brutos son todos los ingresos obtenidos por la venta de cualquier producto o servicio ofrecido.

Si uno de los niños/as mencionados en el **Paso 1** tiene ingresos, siga las instrucciones del **Paso 3, Parte B.**

**3) Mencione los ingresos procedentes de asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores.**
Indique todos los ingresos que apliquen en el campo de "Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención" de la solicitud. No informe el valor en efectivo de ninguna prestación de asistencia pública que NO aparezca en el cuadro. Si los ingresos provienen de la manutención de menores o de una pensión alimenticia, declare únicamente los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben consignarse como "otros" ingresos en la siguiente parte.

**4) Mencione los ingresos procedentes de pensiones, jubilaciones u otros ingresos.**
Mencione todos los ingresos aplicables en el campo "Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos" de la solicitud.

- ***¿Qué ocurre si recibo ingresos de varias fuentes en esta categoría?*** Mencione cada categoría por separado introduciendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.

**5) Mencione la cantidad de miembros del hogar.**
Introduzca el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños/as y adultos)". Este número DEBE ser igual al número de miembros del hogar que se mencionan en el **Paso 1** y el **Paso 3**. Si hay algún miembro de su hogar que no haya incluido en la solicitud, regrese a la solicitud y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros del hogar, ya que esto influye su derecho a recibir comidas sin costo y a precio reducido.

**6) Indique los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social.**
Un miembro adulto del hogar debe introducir los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en el espacio proporcionado. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene un número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto del hogar tiene número del Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha que dice "Marque si no tiene número del Seguro Social".

## 3.B Indique los ingresos obtenidos por los niños/as

**Enumere todos los ingresos obtenidos o recibido por los niños/as.**
Enumere los ingresos brutos combinados de TODOS los niños/as mencionados en el **Paso 1** de su hogar en la casilla "Ingresos de los niños/as". Solo cuente los ingresos de un *foster child* si solicita para ellos junto con el resto de los miembros del hogar.

- ***¿Qué son los ingresos de los niños/as?*** Los ingresos de los niños/as son dinero recibido fuera de su hogar que se paga DIRECTAMENTE a los niños/as. Muchos hogares no tienen ingresos de los niños/as.

## Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

***Todas las solicitudes deben ir firmadas por un adulto del hogar. Al firmar la solicitud, dicho adulto del hogar garantiza que la información incluida está completa y es verdadera. Antes de completar esta sección, asegúrese también de leer las instrucciones que aparecen en la página 2 de la solicitud.***

| | | |
|---|---|---|
| **A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección postal actual en los campos previstos, si tiene esta información. Si no tiene dirección permanente, está bien. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, o ambos, es opcional, pero nos ayuda a localizarle rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted. | **B) Escriba y firme con su nombre y la fecha de hoy.** Escriba en letra de molde el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar en la casilla "Firma del adulto". | **C) Envíe por correo la solicitud completa a:**<br>La secretaria de la escuela de su hijo |

## Opcional

**Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños/as (opcional).** En la página 2 de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de los niños/as. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Esta información se solicita únicamente con el fin de determinar el cumplimiento por parte del estado de las leyes federales de derechos civiles y su respuesta no afectará a la consideración de su solicitud, y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de forma no discriminatoria.

**Devuelva la solicitud directamente a la ESCUELA de su niño/a. NO envíe por correo, fax, ni correo electrónico las solicitudes completas o preguntas sobre las solicitudes a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) o se retrasará la elegibilidad de su niño/a para recibir comidas sin costo o a precio reducido.**

# Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

**PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:**
**DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):**
**DIRECCIÓN:**

## PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

**Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.**

| El primer nombre del niño/a | MI | Apellido(s) del niño/a | Grado | Marque todas las opciones que correspondan. *Foster child* | Migrante | Huyó del hogar | Sin hogar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

## PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el 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 Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

◯ **NO** → Continúe al PASO 3. ◯ **SÍ** → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

**NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]):**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

## PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

**A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo).** Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Anualmente | Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención | ¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos) ☐

**Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)** ☐☐☐☐

**Marque si no tiene número de Seguro Social** ☐

**Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.**

**B. Ingresos de los niño/as**

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

| Ingresos de los niño/as | ¿Con qué frecuencia se reciben? Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | Anualmente |
|---|---|---|---|---|---|
| $ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Escriba aquí la dirección de la escuela

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

| Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario | Firma del adulto | Fecha de hoy |
|---|---|---|
| | | |

| Dirección postal (si está disponible) | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono (opcional) | Correo electrónico (opcional) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.**

## FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

**Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.**

### Fuentes de ingresos

| Ingresos del trabajo | Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia | Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos |
|---|---|---|
| • sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones<br>• Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)<br>**Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:**<br>• pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)<br>• subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta | • beneficios por desempleo<br>• compensación para los trabajadores<br>• Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<br>• asistencia en efectivo del estado o el gobierno local<br>• pagos de manutención<br>• pagos de pensión alimenticia<br>• beneficios para veteranos<br>• beneficios por huelga | • seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)<br>• pensiones privadas o beneficios por discapacidad<br>• ingresos procedentes de fideicomisos o herencias<br>• anualidades<br>• ingresos por inversiones<br>• intereses devengados<br>• ingresos por arrendamiento<br>• pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas |

### Ejemplos de ingresos de los niño/as

- Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
- Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.
- El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.
- Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
- Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

## OPCIONAL

**Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.**

**Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.**

**Origen étnico (marque una opción):** ☐ Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) ☐ Ni hispano ni latino

**Raza (marque una o más opciones):** ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐ Blanco

**Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

## NO LLENAR

**Solo para uso de la escuela.**

**Annual Income Conversion:** Weekly × 52, Every 2 Weeks × 26, Twice a Month × 24, Monthly × 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

| Total Income | How often? | | | | | Household size | Categorical Eligibility | Eligibility | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Weekly | Every 2 Weeks | 2x Month | Monthly | Annual | | ☐ | Free | Reduced | Denied |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | | ○ | ○ | ○ |

| Determining Official's Signature | Date | Confirming Official's Signature | Date | Verifying Official's Signature | Date |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

### Declaración sobre el uso de la información

**La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos.** Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

### La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: **https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf**, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

***No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

**Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.**

*Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.*

# LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/CHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como CHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y CHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos,* ***a menos que usted nos diga que no lo hagamos.*** Medicaid y CHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o CHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)

---

❑ **¡No! NO** deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

_____

Para obtener más información, puede llamar a **Anita Patel** al **508-836-7700 ext. 2020** o enviar un mensaje electrónico a **patela@westboroughk12.org**

Envíe este formulario a: La secretaria de la escuela de su hijo

# LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

---

- ❑ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **Educación Comunitaria**
- ❑ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **Actividades Extracurriculares.**
- ❑ ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **Preescolar**.

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

_____

Para obtener más información, puede llamar a Anita Patel al 508-836-7700 ext. 2020 o enviar un mensaje electrónico a patela@westboroughk12.org

Envíe este formulario a: La secretaria de la escuela de su hijo

# Need help buying groceries? SNAP can help!

USDA Supplemental Nutrition Assistance Program
Putting Healthy Food Within Reach

Department of Transitional Assistance

## SNAP can help you buy healthy food.

- It is fast & easy to apply
- Buy food in stores & online (multiple retailers)
- SNAP is not considered in a "public charge" test
- If you are not a US citizen or eligible immigrant, it is safe for you to get SNAP for an eligible family member (like your US citizen child)

## Am I Eligible for SNAP?

| Household Size | Your Monthly Income (before taxes)* | Monthly Maximum SNAP Amount** |
|---|---|---|
| 1 | $2,430 | $281 |
| 2 | $3,287 | $516 |
| 3 | $4,143 | $740 |
| 4 | $5,000 | $939 |
| 5 | $5,857 | $1,116 |
| 8+ | + $857 | +$211 |

*Effective 2/1/2023 **Effective 10/1/2022

## For more information/ apply for SNAP:

Scan code with phone camera to apply online

DTAConnect.com

877-382-2363 Mon – Fri 8:15 am-4:45 pm

Mail or Fax a paper application
Get a paper application: Mass.gov/SNAP

In the community: local kiosk, SNAP outreach partner, DTA office
Find a location near you: Mass.gov/ContactDTA

Rev. 2/01/2023