Amara Wagner President

NATALIE AGOOS Vice President

DAVID BRADLER RACHELLE BROWNE JOSEPH BUCCO, JR

Estimados Padres/Guardián:

PARK RIDGE BOARD OF EDUCATION 85 PASCACK ROAD

PARK RIDGE, NEW JERSEY 07656

Telephone: 201-573-6000

Fax: 201-391-6511

ROBERT M. GAMPER, Ed.D.
Superintendent of Schools
ROBERT WRIGHT
Board Secretary and

Business Administrator

Los niños necesitan comida sana para aprender. Park Ridge Board of Education ofrece alimentación sana todos los días. Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT (Summer EBT).

, New York	Р	RECIO COMPLE	ТО	PRECIO REDUCIDO		
	Elemental	Intermedia	Superior	Elemental	Intermedia	Superior
Almuerzo	N/A N/A	\$4.75 \$5.25	\$4.75 \$5.25	N/A	\$0.00	\$0.00
Desayuno	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Meriendas despues del dia escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de Leche	\$0.50	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de medio dia de leche en Kindegarten	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	* Preci	o variado	N/A - No Api	lica		

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también in strucciones detalladas para llenarla. También puede visitar https://prhs.parkridgeschools.org/parents/free-and-reduced-lunch-forms para llenar la solicitud. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO Y LA TARJETA DE VERANO EBT?

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

TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2024-2025							
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal				
1	27,861	2,322	536				
2	37,814	3,152	728				
3	47,767	3,981	919				
4	57,720	4,810	1,110				
5	67,673	5,640	1,302				
6	77,626	6,469	1,493				
7	87,579	7,299	1,685				
8	97,532	8,128	1,876				
Cada persona adicional:	9,953	830	192				

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

el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al

Nombre del Oficial de la escuela : Robert Wright Dirección: 85 Pascack Road, Park Ridge, NJ - 07656 Teléfono: (201)573-6000 - 1209

- 11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido y la tarjeta de verano EBT.
- 12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que <u>normalmente</u> recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
- 13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
- 14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
- 15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.
- 16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/. También puede contactar NJFamilyCare o Medicaid al 1-800-701-0710 o www.njfamilycare.org para más información sobre seguro médico para su familia. Para el Programa WIC, contacte a 1-800-328-3838 o visite www.nj.gov/health/fhs/wic.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (201)573-6000 - 1201

Atentamente

Alemaniente,	
Signature:	
Name: Robert Wright	DALLA
Title: Business Administrator	Robert Whight

CÓMO SOLICITAR COMIDAS ESCOLARES Y EL PROGRAMA DE VERANO EBT

Siga estas instrucciones para ayudarle a rellenar la solicitud de comidas gratis y el programa de verano EBT. Solo tiene que presentar una solicitud por familia, está seguro de qué hacer a continuación, póngase en contacto con Krista Kersting: kristakersting@parkridge.k12.nj.us incluso si sus niños asisten a más de un colegio en Park Ridge . La solicitud debe rellenarse por completo para garantizar a sus niños comidas escolares y e programa de verano EBT. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones sigue el orden de los pasos de la solicitud. Si en algún momento no

UTILICE UN BOLÍGRAFO (NO UN LÁPIZ) PARA RELLENAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA LO MÁS CLARAMENTE POSIBLE

PASO 1: ENUMERAR A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SEAN BEBES, NINOS Y ESTUDIANTES HASTA EL 12.º 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 enumerar 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 o que no tengan hogar, sean emigrantes o jóvenes fugados;
- Alumnos de la escuela, independientemente de su edad

A) Enumerar 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.

escolar? Marque "Sí" o "No" en la columna titulada "¿Estudiante en B) ¿El niño es alumno del distrito columna "Grado" a la derecha. grado del estudiante en la indicar los niños que asisten a la el distrito escolar aquí?" para marcado "Sí", escriba el nivel de escuela/ distrito escolar. Si ha como para niños que no estén bajo dicho régimen, solicitud tanto para niños en régimen de acogida deben enumerarse en la solicitud. Si manda la acogida" junto al nombre del niño. Si SOLO realiza acogida, marque la casilla "Niño en régimen de C) ¿Tiene algún niño en régimen de acogida? Si alguno de los niños enumerado está en régimen de después de terminar el PASO 1, vaya al PASO 4 la solicitud para niños en régimen de acogida, usted cuentan como miembros de su familia y Los niños en régimen de acogida que viven con

D) ¿Alguno de los niños no tiene hogar, es trabajador migrante o se ha fugado? Si cree que algunos de los niños que ha enumerado en esta sección encaja en esta descripción, marque la casilla "Sin hogar, trabajador migrante, fugado" junto al nombre del niño y rellene todos los pasos de la solicitud.

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

vaya al paso 3.

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

- Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP Programa de asistencia de nutrición complementaria): https://www.ni.gov/humanservices/nisnap.
- (TANF Asistencia temporal para familias necesitadas) o NJ TANF/WorkFirst NJ: https://www.state.nj.us/humanservices/dfd/programs/workfirstnj/
- Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR Programa de distribución de alimentos en reservas indias).

A) Si nadie de su familia participa en ninguno de los

- programas enumerados anteriormente:
 Deje el PASO 2 en blanco y vaya al PASO 3.
 - B) Si alguien de su familia participa en alguno de los programas enumerados anteriormente:
- Escriba un número de expediente en SNAP, TANF o FDPIR. Solo tiene que proporcionar un número de contacto con: https://www.nj.gov/humanservices/dfd/counties/ expediente. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de expediente, póngase en
- Vaya al PASO 4.

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

¿Cómo declaro mis ingresos?

- ingresos que declarar. Utilice las listas tituladas "Fuentes de ingresos de adultos" y "Fuentes de ingresos de niños", impresas en la parte de atrás de la solicitud para determinar si su familia tiene
- Declare todas las cantidades SOLO EN INGRESOS BRUTOS. Declare todos los ingresos en dólares en números enteros. No incluya centavos
- Los ingresos brutos son los ingresos totales recibidos antes de impuestos
- Mucha gente piensa en los ingresos como la cantidad que se "llevan a casa" y no el total, la cantidad "bruta". Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud NO

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

se han reducido para pagar impuestos, primas de seguros o cualquier otra cantidad que se deduzca de su paga.

- 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 (prometiendo) 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.

¿Cuáles 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

3.B DECLARAR LOS INGRESOS DE LOS ADULTOS

¿A quién debo enumerar 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 emparentados y aunque no reciban sus propios ingresos.
- Los niños y estudiantes ya enumerados en el PASO 1. Las personas que vivan con usted, pero que no dependan económicamente de los ingresos familiares NI contribuyan con sus ingresos a la familia

siga las instrucciones del PASO 3, parte y apellido)". No incluya a ningún miembros adultos de la familia. Escriba a) Enumerar los nombres de los enumerado en el PASO 1 tiene ingresos, PASO 1. Si alguno de los niños miembro de la familia enumerado en el el nombre de cada miembro de la familia miembros adultos de la familia (nombre en las casillas marcadas "Nombres de los empresa de sus ingresos brutos. ¿Qué pasa si soy autónomo? Declare los ingresos netos de su trabajando. Si es autónomo o posee una granja, tendrá que declarar su actividad profesional en el campo de la solicitud "Ingresos b) Declarar los ingresos profesionales. Declare todo lo que gane en trabajo. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su sus ingresos netos. profesionales". Normalmente, se trata del dinero recibido "otros" en la siguiente parte. correspondan en el campo de la solicitud "Ayuda

c) Declarar los ingresos por ayuda pública/manutención tribunal. Los pagos informales regulares deben declararse como aparezca en la lista. Si recibe ingresos de manutención infantil o valor en efectivo de ninguna prestación de ayuda pública que NO pública/manutención infantil/pensión alimenticia". No declare el pensión alimenticia, solo declare los pagos ordenados por el infantil/pensión alimenticia. Declare todos los ingresos que

afecta a su solicitud para recibir comidas gratis o a precio reducido. solicitud, vuelva atrás y añádalo. Es muy importante enumerar a hubiera olvidado de enumerar a algún miembro de su familia en la (niños y adultos)". Este número DEBE ser igual al número de e) Declarar el tamaño total de la familia. Escriba el número total de todos los miembros de la familia, ya que el tamaño de su familia miembros de la familia enumerados en los PASOS 1 y 3. Si se miembros de la familia en el campo "Total de miembros de la familia

"Pensión/jubilación/otros" campo de la solicitud los ingresos que correspondan en el pensión/jubilación/otros. Declare todos d) Declarar ingresos por

de la derecha "Marcar si no tiene n.º de SS' Seguridad Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla Social. Si ningún adulto de la familia tiene número de la solicitar prestaciones, aunque no tenga número de la Seguridad de uno de los miembros adultos de la familia. Tiene derecho a Seguridad Social. Hay que escribir los últimos cuatro dígitos de f) Proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de la los números de la Seguridad Social en el espacio proporcionado

g.) Optar por no participa en el Programa de Verano EBT. Indique con una "x" en el cuadrado para optar no participar en el Programa da Verano EBT. No recibirá beneficio al marcar con una "X" en el cuadrado.

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

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 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 ara Summer EBT/El Programa de Verano EBT Solamente: Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica que no esta recibiendo la tarjeta de verano EBT en otro estado.

20000		900000	0000	100	0.550	
ponernos en contacto con usted rápidamente si fuera preciso.	de correo electrónico o ambos es opcional, pero nos ayuda a	precio reducido. Compartir un número de teléfono, dirección	siguen teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a	está disponible. Si no tiene dirección permanente, sus niños	dirección actual en los campos facilitados si esta información	A) Proporcionar su información de contacto, Escriba su
0	ø	2	œ.	2	=	-
3	n	70	c	o.	O	7
ന	o .	ध.	æ	47.0	n	-
***	Ŧ	0	3	<u>a</u>	Ω.	0
	=			ŝ	ъ.	T
0	Œ.	O.	m	D	×	ō
S	0	Ć.	-	ŏ	200	=
n	m	⋷	Ξ.	=	ā	Ω
3		5	n	₹.	Ω	ᆽ
_	10	='	3	3	-	×
~	ч	×	ο.	6	5	7
	٦.	u	0	850	-	=
	O,		_	S	m	
63	3	L)	*		-	=
7	=:	0	w	3	200	-
	~	3	m	0	O	=
0		~~	ñ		ŭ	=
O	0		J	_	_	0
0	മ		0	Œ	òi	Ŧ
=	=	-	~	-	=	=
	3	=	-	Ф	3	=
-	σ	-	∞.	0	О	=
-	0	=	O	=	0	22
ത	S		-	~	į,	0
Ω.	O	3	Ω.	×	-	3
	Ś	ᇝ	***	'n	ō	7
oi.	_	3	민	₹:	Ω.	*
-	~~	~		σ,	=	
-	×		Π.		57	Ω
ם	_	~	\mathbf{u}	T	<u>w</u>	0
ш	O		3	(D	ᄴ	
_	3	Ω.	≡.	-3	O	
m	O)	Œ	ᇁ	7	5	=
-	•	7	ņ	75	5	-
=	73	O	93	=	_	Ö
æ	ŏ	<u></u>	O	×	10	•
LA	-	-	S		×	σ
	0	0	Ω.	7	w	S
	-	3	ㅗ	O	100	വ
<u></u>	~	0	O)		3	
œ	×		-	2	7	O
		Ω	m		므	ω
	œ.	=	v.	5		ம
ਰ		n	on .	3	3	ć
	=	Ó	7		o	
Œ.	Q.	n		="	Ω.	
12	w	~	=	ų	7	
r.	ou .	~ `	33	U 1	=	
0		-	0		0.00	
			01			

		Ŀ
Q .	~ ~ 0 7	L
므	3 4 0 7	ŀ
2.	ᇒᆖᅋᇛ	
	ᇒ플으ᇛ	
2	ᇒᇎᇛᇛ	l
를	ᇒᇎ	
를	파를유	
Ë		
를	re y el au licit	
	ee ac Micit Táe	
를	re y el ad ilicitu rá en	
를	re ya el ad ilicitu rá en	
dulto	re y t el adi ilicitu rá en	
dulto	re yn el add olicitu rá en	
gub	re y III el adu ilicituo rá en	h
cuadro "Firma del adulto"	re y nu el adu ilicituc rá en e	1
dulto"	re y III el adul olicitud rá en e	
dulto".	re y III el adul ilicitud rá en e	
dulto".	re y mr el aduli ilicitud, rá en e	
dulto".	b) Escribir su nombre y rim Escriba el nombre del adult que va a firmar la solicitud, dicha persona firmará en el	
dulto".	b) Escribir su nombre y tirm Escriba el nombre del adulti que va a firmar la solicitud, dicha persona firmará en el	
dulto".	re y mm el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y nrm el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	b) Escribir su nombre y rirm. Escriba el nombre del adulto que va a firmar la solicitud, dicha persona firmará en el	
dulto".	re y nima el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y Tirma el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y Trma el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y Tirmai el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y rirmar el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y nrman el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y Trmar. el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	Escribir su nombre y rirmar. Escriba el nombre del adulto que va a firmar la solicitud, dicha persona firmará en el	
dulto".	re y nrmar. el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y mmar. el adulto ilicitud, rá en el	
dulto".	re y mmar, el adulto ilicitud, rá en el	

C) Escribir la fecha de hoy. En el espacio asignado, escriba la fecha de hoy en el cuadro.

D) 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.

Manda la solicitud a: Park Ridge Board of Education Attn: Krista Kersting 85 Pascack RoadPark Ridge, NJ 07656

Solicitud de Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT Para Programa Regulary CEP

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). SY 2024-2025

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:

DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito):Park Ridge BOE Attn:Krista **DIRECCIÓN:** 85 Pascack Road, Park Ridge, NJ 07656

	oy	Fecha de hoy							T to	Firma del adulto		rma el formulario	Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario	lombre en letra de
PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Park Ridge BOE, 85 Pascack Road, Park Ridge, NJ 07656 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 la Tarjeta de Verano EBT, y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables". Para la Tarjeta de Verano EBT Solamente: Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado.	d, Park Ridge, de fondos federales y me podría procesar	ck Roac recepción c c EBT, y se	i Pascack Road, ición con la recepción de la de Verano EBT, y se n	BOE, 85 rciona en relac	ark Ridge B ación se proporci eficios de comidas	A: Park nformación beneficio	E SU NIÑO// do que esta il en perder los stado.	os. Entieno io/as puedo T en otro e	NDO A LA ES os los ingres iente, mis nir	ARIO COMPLET, se declararon tod alsa intencionalmendo la Tarjeta de ando la Tarjeta de an	DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Policitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta inform si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los bene Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado.	rmación de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU I toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que irmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden per Para la Tarjeta de Verano EBT solamente: Certifico que no estoy recibiendo la Tarjeta de Verano EBT en otro estado.	Información de contacto y firma del adulto. zo) que toda la información que aparece en esta si (confirmar) la información. Soy consciente de que ples". Para la Tarjeta de Verano EBT Solamente:	PASO 4 Info Certifico (garantizo) q pueden verificar (cont federales aplicables".
ntes de blicitud.	Consulte la lista de las fuentes de Ingresos al reverso de la solicitud	Consult	Anualmente	Mersualmente Anua	Cada 2 veces al mes	Semanalmente 2s	os niño/as	ngresos de los niño/as	₩	o en el PASO 1.	ingresos TOTALES e hayan enumerac	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.	s niño/as s del hogar obtienen o rec tos y deducciones) recibido	B. Ingresos de los niño/as A veces los niño/as del hoga (antes de impuestos y deduc
Marque si no desea la Tarjeta de Verano EBT	20		ne número ial	Narque si no tiene número de Seguro Social senda se redben?	fiec	¿Con		dpal nde)	aro de Segun y salario prin r (si correspondas escolares	Quatro últimos dígitos del Número de Seguro Sodal de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde) "Necesario solo si esta aplicando para comidas escolares	Cuatro últimos Social de la pe u otro miembr *Necesario solo si e	luitos)	Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)	Total de miemb
0 0 0	46	0	0	0		*	0	0	0		45			
0 0 0	*	0	0	0		**	0	0	0		w			
0 0 0	45	0	0	0		\$	0	0	0		w			
0 0 0	₩.	0	0	0		*	0	0	0		w			
0 0 0	·v.	0	0	0		45	0	0	0		40			
ementario recentrario recentra	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 (SSI).	Mensualmente	¿Con qué frecuencia se reciben? Gata 2 veces Denalmente 2 semanas al mes Mensualmer	¿Con que	Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención	Asiste. alimer	reciben?	¿Con qué frecuenda se redben? Gada 2 vecs Vecs Mersualment André 2 semanas al mes Mersualment André 2 semanas values de la constant de la co	¿Con qué fr Gda Emanalmente 2 semanas	180-1	Ingresos del trabajo	bre y apellido)	Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Nombre de los mie
, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan nos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente n blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.	ns miembros adu npuestos y dedu ; que declarar.	a todos lo antes de in y ingresos	os totales (os que no ha	ted mismo gresos brut a (garantiza	luyendo us dique los inc nco, certifica	astos, inc gresos, in po en bla	ngresos y ga), si recibe in a algún cam	mparta ir numerado ne "0" o dej	n usted y co ue se haya e "0". Si escrib	te, que viva co n nbro del hogar q a fuente, escriba	se no sea parien s. Para cada mier gresos de ningur	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 sea mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, inclique los ingresos 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.	ıbros adultos del hogar el PASO 1 (incluido usted antidades redondeadas (A. Todos los miem mencionado en o únicamente en c
						ones)	s y deducci	npuesto	antes de ir	uno de ellos	gresos de cad	Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)	ımere a TODOS los mi	PASO 3 Enu
e espacio.	Escriba solo un número de caso en este espacio.	riba solo un n	-6.10	CIA ELECTR	TRANSFEREN 19lés]):	MERO DE 1 iglas en in	NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT, por sus siglas en inglés)):	NEFICIOS (NÚMI DE BE	al PASO 4.	aquí y continúe	SÍ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4	0	NO → Continúe al PASO 3
	al para Familias	ia Tempora	le Asistenci	rograma c s)?	n inglés), el F glas en inglé	s siglas er oor sus sig	nas (FDPIR, p	nentaria (S ras Indíger	onal Suplen en las Reserv	sistencia Nutrici n de Alimentos	el Programa de A na de Distribució	¿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)?	gún miembro del hogar (i esitadas (TANF, por sus s	PASO 2 ZAIg
instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.		que corresp	Marque todas la											
Si marcó alguna de estas casillas consulte las														
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. MI Apellido(s) del niño/a [Use la barra espaciadora para avanzar] Nombre de la escuela Grado Foster child Migrante Huyó del hogar Sin hogar Trabagacor(a)	i iño/as que no tienen parentesco con usted y Foster child Migrante Huyó del hogar Sin hogar Trabajador(a)	los niño/as c Foster ch	. Esto induye a l Grado	eneficios. Es uela Gr	no solicitan b bre de la escr	iño/as que zar] Nomb	escuela y los n ora para avan:	asisten a la i ra espaciad	ño/as que no a fa [Use la bar	en a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan benefi Apellido(s) del niño/a (Use la barra espaciadora para avanzar) Nombre de la escuela	as que asisten a ot MI Apelli	mencionar a los bebés, los niño	niño/as del hogar. No olvide e del niño/a	Enumere a TODOS los niño/as del hog El primer nombre del niño/a
				Ş,	ás nombre:	para ma	ita espacio	sineces	e otra hoja	grado. Adjunt	s de hasta 12º	Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres	ımere a TODOS los nir	PASO 1 Enu

Estado

Código postal

Teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional)

Dirección postal (si está disponible)

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

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

	Fuentes de ingresos	Pensiones/juhilación/todas las	Ejemplos de ingresos de los niño/as
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/ pensión alimenticia hapeficios por decemplos	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos conuridad social discapacidad (incluidos los	 Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
 sueitos, salarios, ponos en ejectivo, propinas, comisiones ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) 	compensación para los trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) asistencia en efectivo del estado o el	seguridad sucial, uscapacidad (incluidos tos beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) pensiones privadas o beneficios por discapacidad	 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.
 Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: pago básico y bonos en efectivo (No incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia IFSSA por sus sidas en inclás! 	gobierno local pagos de manutención pagos de menutención pagos de pensión alimenticia heneficios para veteranos	 ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anualidades ingresos por inversiones intereses devendados 	 Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
ni subsidios para vivienda privada) subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta	beneficios por huelga	 ingresos por arrendamiento pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas 	Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.
OPGIONAL Identidades étnicas y ra	aciales de los niño/as. Esta información	Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida	ida por la Ley de Privacidad de 1974.
stamos obligados a pedir información s	obre la raza y el origen étnico de sus niñ	Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a g	a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad

Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus nino/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

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

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

etermining Official's Signature			otal Income	A CT COMPAND ON A CTOR
Date		0 0 0	Weekly 2Weeks 2xMonth Monthly Annual	Howoften?
Confirming Official's Signature		0	Annual Household Size	7
Date		Categorical Eligibility		
Verifying Official's Signature		0	Free Reduced Denied	Federal Income Eligibility
Date			Yes No	If Federal Denied: Eligible for NJEIE?

Declaración sobre el uso de la información

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

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

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 comuniquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

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 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

*Correo: derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW electrónico: Correo (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o program.intake@usda.gov.

No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

Querido Padre de Familia/Encargado:

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

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

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

Escolares y la Tarjeta de Verano EB' el Programa Estatal de Seguro de Sa	Γ sea compartida con $ ilde{ ext{Medicaid}}$ o con
Si usted marcó no, llene el formulario información de los siguientes menores no s	
Nombre del Niño(a):	Escuela:
Nombre del Niño(a):	_ Escuela:
Nombre del Niño(a):	_ Escuela:
Nombre del Niño(a):	_ Escuela:
Firma del Padre/Encargado:	Fecha:
Nombre deletreado: D	irección:

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