PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE COMIDA ESCOLAR GRATUITA Y DE PRECIO REDUCIDO

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender **Tewksbury Township School District** ofrece alimentación sana todos los días. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.**

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	Elemental	Intermedia	Superior	Elemental	Intermedia	Superior
Almuerzo		*	*			
Desayuno						
Meriendas después del día escolar						
Programa de Leche				No Aplica	No Aplica	No Aplica
Programa de medio día de leche		No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
* Precio variado						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?
   - ☐ Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP o NJ TANF/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 **2026-2027**			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	29,526	2,461	568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	972
4	61,050	5,088	1,175
5	71,558	5,964	1,377
6	82,066	6,839	1,579
7	92,574	7,715	1,781
8	103,082	8,591	1,983
Cada persona adicional:	10,508	876	203

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico a la escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.

3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NÍÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" por todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a la escuela de cualquiera de sus niños.

4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte su escuela inmediatamente.

5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? Si usted puede hacerlo, preferimos que complete la solicitud por el internet en vez de una por escrito. La solicitud por internet requiere la misma información que por escrito. Contacte su escuela si tiene alguna pregunta sobre el proceso por internet.

6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

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

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

9. SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al **Pedro Garrido, Address: 173 Old Turnpike Road, Califon, NJ 07830.**

11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.

12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana $1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente $900, anote $1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.

13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.

14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.

15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.

16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/. También puede contactar NJ FamilyCare 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 **908-439-2010 x4229, Heather Valenta.**

Atentamente,

Heather Goguen

Heather Goguen

School Business Administrator

Tewksbury Township Board of Education

Heather Goguen
Business Administrator
173 Old Turnpike Road, Califon, NJ 07830
908-439-2010 ext. 4232
www.tewksburyschools.org

Estimado Padre o Encargado:

Todos los niños matriculados en una escuela pública del Estado de Nueva Jersey deben de llenar esta solicitud para que la administración de la escuela sabe el porciento de los niños que pueden calificar para los beneficios de comida gratuita o de precio reducido. La solicitud es necesaria aun si la escuela no participa en los Programas Federales de Nutrición del niño.

Adjunto hay una solicitud que va a ser usada para propósitos de la encuesta. Por favor, complete la solicitud lo más pronto posible, fírmela y devuélvala a la escuela de su niño.

Nueva Jersey está comprometido a asegurarse que todos los niños tengan un plan de salud. La información en la solicitud será compartida con NJ FamilyCare para determinar si su niño(a) califica para este programa de seguro del estado. Si usted **no** desea compartir su información con Medicaid o NJ Family Care, usted debe de llenar y firmar la página adjunta "Sharing Form for Medicaid or NJ Family Care", y devuélvala la a la escuela de su niño(a). Para más información, haga clic en el link del sitio web de NJ Family Care.

Comuníquese con la escuela de su niño si tiene alguna pregunta. Gracias por su cooperación.

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.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.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:

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 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
   program.intake@usda.gov

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 Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

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

❑ **No**. Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____ Dirección: _____

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