2026 – 2027 Formulario de beneficio de comidas Brandywine School District

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).
Direcciones al reverso.

Aplicar en línea en
https://linqconnect.com

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar

Incluya TODOS los niños del hogar. Niños, bebés y estudiantes hasta el grado 12. Esto incluye a niños que asisten a otras escuelas, niños que no asisten a la escuela, niños que no solicitan beneficios y niños que no son parientes suyos pero que viven en la casa.

Definición de **miembro del hogar**: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado".

Los niños **adoptados** y los niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar**, **migrantes** o **fugitivos** son elegibles para comidas gratis. Lea **cómo solicitar comidas escolares gratis y reducidas** para obtener más información.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado
			M M - D D - Y Y Y Y		
			M M - D D - Y Y Y Y		
			M M - D D - Y Y Y Y		
			M M - D D - Y Y Y Y		

Nota: Los estudiantes matriculados en escuelas que participan en la Disposición de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) recibirán comidas sin costo independientemente de la terminación o determinación de elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP o TANF? **Circule uno**: Sí / No

Si respondió NO > Vaya al PASO 3. **Si respondió SI** > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De Caso

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si respondió "Sí" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, incluidos los niños, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos que reportar.

Ingreso bruto y frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia? W E T M	Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia? W E T M	Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia? W E T M
	$	W E T M	$	W E T M	$	W E T M
	$	W E T M	$	W E T M	$	W E T M
	$	W E T M	$	W E T M	$	W E T M
	$	W E T M	$	W E T M	$	W E T M
	$	W E T M	$	W E T M	$	W E T M

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** – ** –

Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables ".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que lleno este formulario X

Fecha de Hoy M M D D Y Y

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

PASO 5 — Divulgación de Información

☐ ¡NO! NO deseo que la información de esta solicitud de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (CHIP). Para obtener más información acerca de DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. SI NO MARQUE ESTA CASILLA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.

☐ ¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir información de esta solicitud para beneficios de comidas escolares con el Título 1, exámenes dentales / de la vista y con consejeros Escolares y Directores para exenciones de cuotas asociadas con SAT, Exámenes ACT / AP, Exámenes IB, Delaware College Prep Program y / O verificación para aplicaciones de la universidad.

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno)

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

Raza (Marque uno o más):

☐ Nativo de Hawai u Otras

☐ Indio Americano o Nativo

☐ Negro o Afroamericano

☐ Blanco

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Household Size:_____ Categorical_____ Date Received:_____ Date Withdrawn: _____

Total Income:_____ Per Week Every 2 weeks Monthly Bimonthly

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature: x_____ Date:

Confirming Official's Signature: x_____ Date:

Verifying Official's Signature: x_____ Date:_

Formulario para Comida Gratis
& a Precio Reducido durante/después de Escuela

Distrito Escolar de Brandywine ■ Nutrición ■ 4 Mount Lenanon Road Wilmington, DE 19803 **Julio 2026**

Solo necesita llenar UNA aplicación por familia.

Estimado Padre o Guardián:

El Distrito Escolar Brandywine participa en el **Programa Nacional de Almuerzos Escolares**, el **Programa de Desayunos Escolares** y el **Programa de Refrigerios Después de la Escuela**. Se sirven comidas nutritivas todos los días de clases. Todas las comidas deben cumplir con los estándares nutricionales establecidos por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Los estudiantes de las escuelas primarias **Hanby** y **Lancashire** pueden comprar el almuerzo por **$1.50**. El desayuno es gratuito para los estudiantes de todas las escuelas. Los estudiantes de **Concord High School** pueden comprar el almuerzo por **$1.75**. El desayuno también es gratuito en todas las escuelas.

Puede pagar por adelantado las comidas escolares de su hijo(a). Aceptamos pagos en la caja registradora de la cafetería sin ningún cargo adicional. Puede pagar con **efectivo, cheque o giro postal** (por favor, haga los cheques a nombre de **BSD School Nutrition**) o visitar **https://linqconnect.com** para crear una cuenta y realizar pagos en línea. Tenga en cuenta que los pagos en línea incluyen una tarifa por transacción.

Los niños de familias que cumplen con las pautas federales de ingresos son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Para el año escolar **2026-2027**, el costo de las comidas a precio reducido será cubierto por el **Estado de Delaware**, por lo que no habrá ningún costo para las familias. Para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido, complete y firme este formulario lo antes posible y devuélvalo a la cafetería de la escuela de su hijo(a). Si una autoridad médica ha determinado que un estudiante tiene una discapacidad que le impide consumir la comida escolar regular, la escuela proporcionará las sustituciones alimentarias indicadas por dicha autoridad médica. Si se necesita una sustitución, no habrá ningún cargo adicional por la comida. Las sustituciones pueden coordinarse comunicándose con el **Departamento de Nutrición Escolar**.

APELACIÓN: Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el Distrito al procesar su aplicación ó con el resultado de una verificación, usted puede apelar por medio a un oficial de la escuela. También tiene derecho a una audiencia. Esto puede ocurrir contactando la siguiente persona:

Dr. Lisa Lawson, Superintendente
Brandywine School District ■ 500 Duncan Road ■ Wilmington, Delaware 19809

RE-EVALUACIÓN: Usted puede solicitar este beneficio en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora y su ingreso reduce durante el año, el número de personas en el hogar aumenta, pierde su trabajo, o comienza recibir asistencia del Programa Suplemental de Nutrición (SNAP) o ayuda Temporaria del estado de Delaware (DE-TANF) para su hijo/a, puede volver aplicar.

A usted se le notificará cuando su aplicación sea aprobada o negada.

Guía de ingresos para comidas a un precio reducido
1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027

No. de Personas	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada 2 Meses	Semanal
1	$29,526	$2,461	$1,231	$1,136	$568
2	$40,034	$3,337	$1,669	$1,540	$770
3	$50,542	$4,212	$2,106	$1,944	$972
4	$61,050	$5,088	$2,544	$2,349	$1,175
5	$71.558	$5,964	$2,982	$2,753	$1,377
6	$82,066	$6,839	$3,420	$3,157	$1,579
7	$92,574	$7,715	$3,858	$3,561	$1,781
8	$103,082	$8,591	$4,296	$3,965	$1,983
Añada Para => cada persona	$10,508	$876	$438	$405	$203

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 si usted califica para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley también pueden utilizar su información para asegurarse de que se cumplan las normas del programa.

Por favor, asegúrese de proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Si el miembro adulto no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla "No tiene número de Seguro Social". Los solicitantes de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) no necesitan proporcionar los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social.

Algunos niños califican para recibir comidas gratuitas sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para obtener comidas gratuitas para un niño en cuidado de crianza (foster care), y para niños que no tienen hogar, son migrantes o han huido de su hogar (runaway).

AHORA DISPONIBLE:
APLIQUE POR INTERNET
Página: **https://linqconnect.com**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, 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 comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf en 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 presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por:

1.correo:
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.
USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Sinceramente,

Colleen Carter
Supervisora del Departamento de Nutrición