Madison Local School District
Nutrition Services
6079 Middle Ridge Road, Madison, OH 44057

Información sobre la solicitud de beneficios de comidas 2026-2027
Preguntas frecuentes sobre comidas escolares gratuitas y a precio reducido

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar Local de Madison ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno es gratuito para todos los estudiantes, sin importar su estado de elegibilidad, y el almuerzo cuesta $3.50. Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido. Las comidas a precio reducido se ofrecerán sin costo a los estudiantes para el año escolar 2026-2027. Este paquete incluye una solicitud para los beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido e instrucciones detalladas. A continuación, se incluyen algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarlo con el proceso de solicitud.

1. **¿Quiénes pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido?** Todos los niños de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF); los niños de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o un tribunal; los niños que participan en el programa Head Start de su escuela; y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes son elegibles para recibir comidas gratuitas. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de las pautas de elegibilidad de ingresos federales.

DIRECTRICES DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2026-2027			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanalmente
1	$29,526	$2,461	$568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	927
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 puedo saber si mis hijos califican como personas sin hogar, migrantes o fugitivos?** Si los miembros de su hogar carecen de una dirección permanente; se alojan juntos en un refugio, hotel u otro tipo de alojamiento temporal; se mudan por temporadas o; viven con usted niños que han optado por abandonar su familia o hogar anterior, entonces los niños pueden calificar como personas sin hogar, migrantes o fugitivos. Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a Dan Rambler a Daniel.rambler@madisonschools.net o al 440-428-2166 para ver si califican.

3. **¿Debo completar una solicitud para cada niño?** No. Utilice una sola solicitud para comidas escolares gratuitas o a precio reducido para todos los estudiantes de su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Envíe toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a **Madison Schools Nutrition Services- 6079 Middle Ridge Road (Intermediate Building and Board of Education Office).**.

4. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar que dice que mis hijos ya están aprobados para recibir comidas gratuitas?** No, pero lea la carta con atención y siga las instrucciones. Si falta algún niño en su hogar en la notificación de elegibilidad, comuníquese con Kelly Kaminski a kelly.kaminski@madisonschools.net o al 440-428-9332 de inmediato.

5. **¿Puedo presentar la solicitud en línea?** Sí. Si es posible, se recomienda que complete una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel. Los requisitos de la solicitud en línea son los mismos y solicitarán la misma

información que la solicitud en papel. Visite www.madisonschools.net para comenzar o para obtener más información sobre el proceso de solicitud en línea. Vaya a **Padres > Infinite Campus-Parents > Más > Beneficios de comidas** para encontrar la solicitud en línea. Comuníquese con Kelly Kaminski a kelly.kaminski@madisonschools.net o al 440-428-9332 si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.

6. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito completar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida para ese año escolar y para el inicio de este año escolar. Debe presentar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya notificado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

7. **Recibo beneficios del programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC). ¿Mis hijos pueden recibir comidas gratis?** Los niños de hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud completa.

8. **¿Se comprobará la información que facilito?** Sí, también podemos pedirle que envíe pruebas por escrito.

9. **Si no cumplo con los requisitos ahora, ¿puedo presentar la solicitud más adelante?** Sí. Puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyos padres o tutores se quedan sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos del hogar caen por debajo del límite de ingresos.

10. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debes hablar con los funcionarios de la escuela. También puedes solicitar una audiencia llamando o escribiendo a la siguiente persona de contacto: Dan Rambler a Daniel.rambler@madisonschools.net o al 440-428-2166

11. **¿Puedo presentar una solicitud si otra persona de mi hogar no es ciudadana estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

12. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana $1,000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo ganó $900, presente el informe con la cantidad habitual de $1,000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo trabaja horas extras a veces. Si perdió un trabajo o le redujeron las horas o el salario, utilice su ingreso actual.

13. **¿Qué sucede si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que declarar?** Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que se le piden que declare en la solicitud o que no reciban ningún ingreso. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como cero. Tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco.

14. **Somos militares. ¿Declaramos nuestros ingresos de forma diferente?** Su salario básico y sus bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe asignaciones con valor en efectivo para alojamiento, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirlas como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. Cualquier pago adicional por combate resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.

15. **¿Qué pasa si no hay suficiente espacio en la solicitud para mi familia?** Enumere a los miembros adicionales de su familia en una hoja aparte y adjúntela a su solicitud. Comuníquese con Kelly Kaminski a kelly.kaminski@madisonschools.net o al 440-428-9332 para recibir una segunda solicitud.

16. **¿Por qué se me pide que dé mi consentimiento para una exención de la tarifa de instrucción?** Las escuelas públicas de Ohio deben eximir las tarifas de instrucción escolar para los niños que califican para los beneficios de comidas gratuitas. El personal de servicio de comidas de la escuela debe tener el consentimiento de los padres para compartir la solicitud de comidas del estudiante si su(s) hijo(s) califican para una exención de tarifa. Si acepta permitir que la solicitud de comidas de su(s) hijo(s) se comparta con los funcionarios escolares para ver si califican para una exención de tarifa, seleccione sí en la parte 5. Si no desea que se comparta esa información, seleccione no en la parte 5. Responder no a esta pregunta significará que su hijo no será considerado para una exención de tarifa. Responder esta pregunta de cualquier manera no cambiará la elegibilidad de su(s) hijo(s) para comidas gratuitas o de precio reducido.

17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas a los que podamos solicitar ayuda?** Para saber cómo solicitar ayuda para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) de Ohio u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 877-852-0010.

If you have other questions or need help, call 440-428-9332.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 440-428-9332.
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 440-428-9332.

Atentamente,
Kelly Kaminski, MS, RD, LD
Director of Nutrition Services
Kelly.kaminski@madisonschools.net
440-428-9332

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Un miembro del hogar es cualquier niño o adulto que viva con usted.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) O DE OHIO WORKS FIRST (OWF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado de cada niño.
Parte 2: Enumere el número de caso de 7 dígitos de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de SNAP u OWF.
Parte 3: Omitir esta parte.
Parte 4: Omitir esta parte.
Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el/los niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
Parte 6: Firme el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SI NINGUNA PERSONA EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP O OWF Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O SE HA FUGIADO, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado escolar de cada niño.
Parte 2: Omitir esta parte.
Parte 3: Si algún niño para el que está solicitando ayuda es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y comuníquese con David Bull a david.bull@madisonschools.net o al 440-428-9336. Si no es así, omita esta parte.
Parte 4: Complete solo si algún niño en su hogar no es elegible según la Parte 3. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.
Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el/los niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
Parte 6: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social no son necesarios si no tuvo que completar la parte 4.
Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SI SOLICITA UN NIÑO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si <u>todos</u> los niños en el hogar son hijos de crianza:

Parte 1: Enumere todos los niños de acogida y el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de acogida.
Parte 2: Omitir esta parte.
Parte 3: Omitir esta parte.
Parte 4: Omitir esta parte.
Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el/los niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
Parte 6: Firme el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.
Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Si <u>algunos</u> niños en el hogar son niños de crianza:

Parte 1: Enumere todos los miembros del hogar y el nombre y grado de la escuela de cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de acogida.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omita esta parte.

Parte 3: Si algún niño para el que está solicitando ayuda no tiene hogar, es migrante o se ha escapado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a David Bull a david.bull@madisonschools.net o al 440-428-9336. Si no es así, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1–Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla correspondiente para indicar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. Para los ingresos, indique el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto

es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los recibos de pago. Para otros ingresos, indique la cantidad y marque la casilla para indicar con qué frecuencia cada persona recibió asistencia de asistencia social, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. En Todos los demás ingresos, indique la compensación laboral, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia de colocación. SOLO para los autónomos, declare los ingresos después de los gastos en Ganancias del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar o recibe paga por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el/los niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES (INCLUIDOS LOS HOGARES WIC) SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcar la casilla “Sin ingresos”.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omita esta parte.

Parte 3: Si algún niño para el que está solicitando ayuda no tiene hogar, es migrante o se ha escapado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a David Bull a david.bull@madisonschools.net o al 440-428-9336. Si no es así, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos brutos y frecuencia con la que se recibieron:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla para indicar la frecuencia con la que la persona recibe el ingreso: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. Para los ingresos, asegúrese de indicar el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los recibos de pago. Para otros ingresos, indique la cantidad y marque la casilla para indicar la frecuencia con la que cada persona recibió asistencia de asistencia social, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. En Todos los demás ingresos, indique la compensación laboral, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia de colocación. SOLO para los trabajadores autónomos, declare los ingresos después de los gastos en Ganancias del trabajo. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar o recibe paga por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el/los niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Ref. #:

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO 2026-2027

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de todos los miembros del hogar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela y grado de cada niño/o indique "NA" si el niño no asiste a la escuela. Escuela	Grado	Verificar si se trata de un niño de acogida (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o del tribunal) * Si todos los niños enumerados a continuación son niños de crianza, pase a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marcar si no hay ingresos
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Parte 2. BENEFICIOS: Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) u Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y pase a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO DE 7 DÍGITOS:_____

Parte 3. Si algún niño para el que está solicitando beneficios no tiene hogar, es migrante o se ha escapado de su hogar, marque la casilla correspondiente y llame a Dan Rambler a Daniel.rambler@madisonschools.net o al 440-428-2166.

Migrante sin hogar que se escapa.

Sin Hogar ☐ Migrante ☐ Se ha escapade de us hogar ☐

Parte 4. INGRESOS BRUTOS TOTALES DEL HOGAR (antes de las deducciones). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla que indica la frecuencia con la que los recibe. Registre cada ingreso solo una vez.

1. NOMBRE (Enumere todos los miembros del hogar con ingresos)	**2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON**															
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Semanalmente	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de VA	Weekly	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (Indique la frecuencia, como "semanal", "mensual", "trimestral", "anual")
(Ejemplo) Jane Smith	$200	☒	☐	☐	☐	$150	☐	☒	☐	☐	$0	☐	☐	☐	☐	$50.00/ quarterly
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____

Parte 5. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA EXONERACIÓN DE CUOTAS ESCOLARES: Es posible que sus hijos(as) califiquen para la exoneración de las cuotas escolares de instrucción. Se requiere su autorización para compartir la información de su solicitud de comidas con los funcionarios de la escuela, con el fin de determinar si sus hijos(as) califican para la exoneración de estas cuotas.

Responder esta pregunta no afectará si sus hijos(as) recibirán comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una opción:

☐ **Sí, autorizo que mi solicitud de comidas sea utilizada para determinar si mis hijos(as) califican para la exoneración de las cuotas escolares.**

☐ **No, no autorizo que mi solicitud de comidas sea utilizada para determinar si mis hijos(as) califican para la exoneración de las cuotas escolares.**

Signature of Parent/Guardian:_____ Date: _____

Parte 6. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social".** (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta página).

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en función de la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede hacer que mis hijos pierdan los beneficios de comidas y que yo pueda ser objeto de un proceso penal en virtud de los estatutos estatales y federales.

Firme aquí: X_____Nombre impreso:_____Fecha: _____

Dirección:_____ Número de teléfono:_____

Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social: __ __ __ __ ☐ No tengo Número de Seguro Social

Ref. #:

Parte 7. Identidades étnicas y raciales de los niños: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Elija una etnia:	Elija una o más (sin importar la etnia):
☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino	☐ Asiático ☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

Do not complete this section. Intended for school use only.

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

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice per Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Reason: _____

Determining/Approval Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____

If selected for Verification, Date Verification Notice Sent:_____ Response Date: _____ 2nd Notice Sent: _____ Results Sent:_____

Verification Result: No Change _____ Free to Reduced Price _____ Free to Paid _____ Reduced Price to Free ____ Reduced Price to Paid ___

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro o por debajo de los límites que se muestran en esta tabla.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES 2026-2027			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanalmente
1	$29,526	$2,461	Weekly
2	40,034	3,337	$568
3	50,542	4,212	770
4	61,050	5,088	927
5	71,558	5,964	1,175
6	82,066	6,839	1,377
7	92,574	7,715	1,579
8	103,082	8,591	1,781
Cada persona adicional:	10,508	876	1,983

Declaración de la Ley de Privacidad: En esta declaración se explica cómo utilizaremos la información que usted nos proporciona.
La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información solicitada en esta solicitud. Usted no está obligado(a) a proporcionar esta información; sin embargo, si no la proporciona, la agencia estatal no podrá aprobar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. No es necesario proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando presente la solicitud en nombre de un niño de crianza temporal (foster child), cuando incluya un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), de Ohio Works First (OWF) u otro identificador correspondiente a su hijo(a), o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social.
Utilizaremos la información que usted proporcione para determinar si su hijo(a) reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y el cumplimiento de las normas de los programas de desayuno y almuerzo escolar. La información sobre la elegibilidad podrá compartirse con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas; con auditores para llevar a cabo revisiones de los programas; y con funcionarios encargados del cumplimiento de la ley para ayudar en la investigación de posibles infracciones de las normas de los programas.

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.

Ref. #:

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 Origen étnico (marque una opción): Raza (marque una o más opciones): 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

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o

Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.