



Shrewsbury Borough School District  
Office of the School Business Administrator/Board Secretary  
20 Obre Place, Shrewsbury, New Jersey 07702

Richard Cohen  
Superintendent of Schools

Lindsey Case  
School Business Administrator/  
Board Secretary

August 7, 2026

Dear Parent or Guardian:

Estimado padre, madre o tutor:

Es necesario realizar una encuesta a todos los estudiantes inscritos en las escuelas públicas de Nueva Jersey para determinar el porcentaje de alumnos que reúnen los requisitos para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Esta encuesta es obligatoria incluso si la escuela no participa en ninguno de los Programas de Nutrición Infantil financiados por el gobierno federal.

Se adjunta una solicitud para fines de esta encuesta. Por favor, complete este formulario si considera que reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, fírmelo y entréguelo en la escuela de su hijo.

Nueva Jersey tiene el compromiso de garantizar que todos los niños estén inscritos en un programa de seguro médico. La información de su solicitud de comidas se compartirá con NJ Family Care para determinar si sus hijos reúnen los requisitos para participar en este programa estatal de seguros. Si no desea que se comparta su información con Medicaid o NJ Family Care, debe completar y firmar el formulario adjunto de autorización para compartir información con Medicaid o NJ Family Care y entregarlo en la escuela de su hijo. Para obtener más información, visite el sitio web de NJ Family Care.

Comuníquese con la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta. Gracias por su colaboración.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o por represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o bien comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el formulario AD-3027 (Formulario de queja por discriminación en programas del USDA), el cual puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA mediante:

1. mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or
2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.



| Fuentes de ingresos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ejemplos de ingresos de los niño/as                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ingresos del trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.</li></ul>                                                                                               |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones</li><li>ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)</li></ul> <b>Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)</li><li>subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>beneficios por desempleo</li><li>compensación para los trabajadores</li><li>Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li><li>asistencia en efectivo del estado o el gobierno local</li><li>pagos de manutención</li><li>pagos de pensión alimenticia</li><li>beneficios para veteranos</li><li>beneficios por huelga</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)</li><li>pensiones privadas o beneficios por discapacidad</li><li>ingresos procedentes de fideicomisos o herencias</li><li>anualidades</li><li>ingresos por inversiones</li><li>intereses devengados</li><li>ingresos por arrendamiento</li><li>pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social.</li><li>El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.</li></ul> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.</li></ul>                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.</li></ul>                                                                                                       |  |

OPCIONAL

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

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

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

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

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

NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

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

Total Income

How often?

Weekly

Every 2 Weeks

2x Month

Monthly

Annual

☐

☐

☐

☐

☐

Household size

Federal Income Eligibility

Free

Reduced

Denied

☐

☐

☐

Categorical Eligibility

☐

If Federal Denied: Eligible for NJEIE?

Yes ☐ No ☐

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Declaración sobre el uso de la información

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

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

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

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

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

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

\*Correo:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

Fax:

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

Correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



## Cómo solicitar comidas escolares y la tarjeta de Verano EBT

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

La solicitud debe completarse en su totalidad para determinar la elegibilidad de su(s) niños/as para recibir comidas escolares y la tarjeta de Verano EBT. ¡Siga estas instrucciones en orden! Todos los pasos de las instrucciones son los mismos que los de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con

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

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

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

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

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

**A) Mencione el nombre de cada niño/a.** Escriba en letra de molde el nombre de cada niño/a. Use una línea de la solicitud para cada niño/a. Cuando anote los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños/as presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel (o una segunda solicitud si se completa electrónicamente) con toda la información requerida para los niños/as adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de la inicial del segundo nombre. Escriba en el recuadro la primera letra del segundo nombre de cada niño/a.

**B) ¿El niño/a es estudiante?** En caso afirmativo, escriba el grado del alumno en la columna "Grado" de la derecha.

**C) ¿Tiene algunos niños/as que son *foster children*?** Si alguno de los niños/as que aparecen en la lista es un *foster child*, marque la casilla "*foster child*" junto al nombre del niño/a. Si SOLO solicita para niños/as que son *foster children*, después de terminar el **Paso 1**, continúe al **Paso 4**.

Los niños/as que son *foster children* que viven con usted pueden considerarse miembros de su hogar y deben incluirse en la solicitud. Si presenta una solicitud tanto para niños/as que son *foster children* y que no son *foster children*, continúe al Paso 3.

**Nota:** Los niños/as adoptados no se consideran un *foster child*. Un *foster child* es un niño/a menor de edad bajo custodia estatal que se asigna a un adulto autorizado por el estado y que cuida al niño/a en lugar de su padre, madre o tutor legal.

**D) ¿Hay niños/as sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar?** Si cree que alguno de los niños/as incluidos en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "sin hogar, migrante o huyó del hogar" junto al nombre del niño/a y complete todos los pasos de la solicitud. La condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar debe confirmarse con el personal del programa correspondiente. Si el distrito escolar no puede confirmar que el estudiante en esta solicitud tiene la condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. Puede elegir proporcionar la información sobre sus ingresos ahora para evitar que el distrito escolar tenga que comunicarse con usted más adelante.

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

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

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o <https://www.nj.gov/humanservices/njsnap/>
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o <https://nj.gov/humanservices/wfnj/>
- El Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés).

**A) Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas indicados anteriormente:**

- Marque "No" en el **Paso 2** y continúe al **Paso 3**.

**B) Si algún miembro de su hogar participa en alguno de los programas mencionados:**

- Escriba un número de caso para SNAP, TANF o FDPIR. Solo necesita proporcionar un número de expediente. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con: <https://www.nj.gov/humanservices/dfd/counties/>
- Continúe al **Paso 4**.

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

### ¿Cómo informo mis ingresos?

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

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

#### ¿A quién debo mencionar aquí?

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

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

**1) Mencione los nombres de los miembros adultos del hogar.**

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

**2) Mencione los ingresos por trabajo.**

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

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

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

**3) Mencione los ingresos procedentes de asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores.**

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

**4) Mencione los ingresos procedentes de pensiones, jubilaciones u otros ingresos.**

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

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

**5) Mencione la cantidad de miembros del hogar.**

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

**6) Indique los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social.**

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

**7) Renunciar (rechazar) al beneficio de EBT de Verano.**

Marque la casilla para renunciar (rechazar) al beneficio de EBT de verano. **NO recibirá los beneficios de EBT de Verano si marca esta casilla.**

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

**Enumere todos los ingresos obtenidos o recibido por los niños/as.**

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

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

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

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

**Solo para Para la Tarjeta de Verano EBT/Summer EBT:** Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (se compromete a) que no está recibiendo beneficios de Summer EBT en otro estado. Si tiene previsto mudarse o se ha mudado recientemente, debe solicitar los beneficios en el estado donde su hijo cursará o cursó el año escolar inmediatamente anterior al periodo operativo de verano.

**La participación doble en el programa Summer EBT está prohibida. Esto significa que los niños no pueden recibir múltiples asignaciones de beneficios del mismo estado, ni de más de un estado, durante el verano.**

**A) Proporcione su información de contacto.** Escriba su dirección postal actual en los campos previstos, si tiene esta información. Si no tiene dirección permanente, está bien. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, o ambos, es opcional, pero nos ayuda a localizarle rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

**B) Escriba y firme con su nombre y la fecha de hoy.** Escriba en letra de molde el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar en la casilla "Firma del adulto".

**C) Envíe por correo la solicitud completa a:**

### Opcional

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

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

## 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).

---

☐ No. Yo NO QUIERO que la información de mi solicitud para Comidas Escolares y la Tarjeta de Verano EBT sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

Si usted marcó no, llene el formulario siguiente para asegurarse que la información de los siguientes menores no sea compartida:

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.