

SECCIÓN I: DATOS DE LOS NIÑOS INSCRIPTOS – PARA COMPLETAR POR LOS SOLICITANTES

Table with 5 columns: NOMBRE DEL NIÑO, EDAD, ESCUELA, CENTRO O COLONIA, GRADO, SALA DE ALUMNOS

SECCIONES II, III Y IV: COMPLETAR LA SECCIÓN QUE CORRESPONDA A SU FAMILIA

SECCIÓN II: BENEFICIARIOS ACTUALES DE CUPONES DE ALIMENTOS/TANF - En caso de recibir cupones de alimentos o beneficios de TANF complete esta sección y firme la solicitud.

____ Sí, recibo Cupones de Alimentos para el(los) niño(s) indicados en la Sección I. Mi número de legajo es: _____ Otros (Sólo para Programa CACFP FDCH)
____ Sí, recibo los beneficios de la TANF para el(los) niño(s) indicados en la Sección I. _____

SECCIÓN III: HIJO ADOPTIVO – En caso de tener un hijo adoptivo, complete esta sección y firme la solicitud.

Nombre del niño _____ Ingreso mensual para uso personal del alumno _____

SECCIÓN IV: TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES DEL HOGAR – Si no recibe Cupones de Alimentos o beneficios del TANF, complete esta sección y firme su solicitud.

- 1. Dar los nombres de todos los residentes de su hogar. Incluya a padres, hijos, abuelos y todas las personas con o sin parentesco que residen en su hogar.
2. Detallar los ingresos mensuales por categoría. Detallar los ingresos (ANTES DE IMPUESTOS) que percibió cada uno el último mes y la fuente de dicho ingreso. Ejemplo: salario, seguro social, jubilación, pensión, apoyo a la niñez o pensión alimenticia.

Table with 5 columns: NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (De mayor a menor), EDAD, INGRESOS MENSUALES POR EMPLEO (Antes de deducciones), ASISTENCIA SOCIAL PENSIÓN, PAGO DE JUBILACIONES APOYO A LA NIÑEZ SEGURO SOCIAL, PENSIÓN ALIMENTICIA, OTROS INGRESOS RECIBIDOS

CANTIDAD TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR _____ INGRESO DEL MES ANTERIOR (Antes de deducciones) US\$ _____

SECCIÓN V: RAZA/IDENTIDAD ÉTNICA – No es requisito responder esta pregunta.

____ BLANCO NO HISPANO _____ NEGRO NO HISPANO _____ HISPANO
____ ASIÁTICO o de las ISLAS del PACÍFICO _____ INDIO AMERICANO o NATIVO de ALASKA

NO SE DISCRIMINARÁ A NINGÚN NIÑO EN RAZÓN DE RAZA, SEXO, COLOR, NACIONALIDAD, EDAD o DISCAPACIDAD.

SECCIÓN VI: FIRMA – Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud antes de ser aprobada.

SANCIONES POR DECLARACIÓN FALSA – Certifico la veracidad de los datos suministrados y la integridad de los ingresos declarados. Acepto que estos datos se suministran para recibir fondos federales y que su declaración fraudulenta puede exponerme a una acción judicial conforme a las leyes estatales y federales en vigencia.

En caso de no suministrar el número de legajo del CUPÓN DE ALIMENTOS o de la TANF, y si la solicitud se sustenta en los ingresos, la Ley Federal (PL 97 35) exige que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud para que el hijo pueda recibir comidas gratuitas o a precio reducido informe el número de su Seguro Social. No es imprescindible informar un número de Seguro Social pero, en caso de negarse a informarlo y no haber indicado que no posee NINGUNO en la solicitud, su hijo no podrá recibir comidas a precio reducido o gratuitas. El número del Seguro Social puede ser utilizado para identificación al verificar los datos suministrados en esta solicitud. El número del Seguro Social puede ser informado con su permiso a las autoridades de Medicaid y CHIP para su identificación. Estos datos pueden también transmitirse a autoridades educativas y a organismos patrocinantes de programas de nutrición infantil del Departamento de Agricultura de los EE.UU. para que su hijo pueda ser beneficiario de otros programas educativos. La verificación puede incluir auditorías, inspecciones, contactos con la Oficina de Seguro de Empleo del estado o con el Departamento de Salud y Recursos Humanos o con empleadores y el control de la información escrita suministrada por el hogar que confirme los datos recibidos. En caso de detectarse que la información es incorrecta, podrá perder los beneficios o ser objeto de una acción judicial.

FIRMA DEL ADULTO:

Sírvase completar en letra de imprenta

X _____

Número del Seguro Social del firmante y en caso de carecer de dicho número completar con la palabra "NINGUNO":

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

_____ VO _____

TELÉFONO (Casa) _____ (Trabajo) _____

FECHA _____

SECCIÓN VII: OTROS PLANES – No debe completar esta sección para obtener las comidas a precio reducido o gratuitas.

____ Autorizo a las autoridades de la escuela a suministrar mi nombre, dirección y número de Seguro Social a la oficina de Medicaid para recibir información sobre la forma de obtener la tarjeta Medicaid para mi(s) hijo(s).

____ Autorizo a las autoridades de la escuela a utilizar los datos suministrados en esta solicitud para determinar la aptitud de mi(s) hijo(s) para recibir los libros de texto, de ejercicios y demás útiles en forma gratuita.

____ Autorizo a las autoridades de la escuela a suministrar mi nombre, dirección y número de Seguro Social al Programa de Seguro de Salud de los Niños de Virginia Occidental (CHIP) para que me envíen información sobre la forma de obtener la tarjeta de seguro de salud de mi(s) hijo(s).

Los datos de esta solicitud pueden ser utilizados solamente para ayudar a determinar la elegibilidad para los programas indicados. Acepto que suministraré estos datos para solicitar la inclusión en los programas de comidas gratuitas o a precio reducido del Programa Nacional de Almuerzo en la Escuela, del Programa de Alimentos de Atención al Adulto y al Niño, del Programa de Servicio de Alimentos de Verano, o del Programa Especial del Vaso de Leche. Las autoridades del Programa Medicaid o de otros programas CHIP pueden verificar mi nombre y dirección. Las autoridades de la escuela, los directores de los centros o de las colonias pueden verificar todos los datos suministrados en esta solicitud. Renuncio a mi derecho de confidencialidad solamente para estos fines. Certifico que soy el padre/madre/tutor del(los) niño(s) para quienes presento esta solicitud.

FIRMA (Padre/Madre/Tutor) _____ FECHA _____

PARA USO DE LA INSTITUCIÓN: Aprobado para recibir libros, libros de ejercicios, útiles escolares gratuitos _____
Aprobado: Comidas gratuitas _____ Gratuitas temporarias _____ Comidas a precio reducido _____ Descuento temporario _____
Solicitud rechazada: _____ Motivo _____
Firma/Sello del funcionario interviniente: _____ Fecha _____

ESTIMADO PADRE/MADRE O TUTOR:

Todos los años, por intermedio de la escuela, centro o colonia de su(s) hijo(s), le enviamos esta carta en la cual le explicamos la forma de solicitar su incorporación en los programas para recibir comidas a precio reducido o gratuitas, libros de texto, de ejercicios y útiles gratuitos y otros beneficios educativos. Asimismo le permite hacernos saber su interés en recibir información sobre los planes de Medicaid y/o CHIPS.

PROGRAMAS DE COMIDA: Desayuno a precio reducido = US\$ 0,30 - Almuerzo a precio reducido= US\$ 0,40 - Merienda a precio reducido= US\$ 0,15

PROGRAMAS DE COMIDA PARA NIÑOS CON DISCAPACIDADES: Las escuelas, centros o colonias deberán reemplazar aquellos alimentos que no correspondan a la dieta de niños con discapacidades. Para mayor información comunicarse con las autoridades de la escuela, los directores de los centros o los jefes de las colonias.

PROGRAMAS DE COMIDA PARA HIJOS ADOPTIVOS: En ciertos casos los hijos adoptivos pueden ser incorporados en los programas de comida a precio reducido o gratuitos independientemente de los ingresos del hogar. Si usted tiene un hijo adoptivo, le rogamos comunicarse con las autoridades de la escuela, los directores de los centros o los jefes de las colonias.

INCORPORACIÓN DE LOS INTERESADOS

Observe el cuadro. Identifique su hogar de acuerdo con la cantidad de miembros. Se considera HOGAR a todas las personas, incluyendo a los padres, hijos, abuelos y todas las demás personas con o sin parentesco que residen en su hogar y comparten los gastos. Identifique los ingresos totales del hogar. Se define como INGRESOS TOTALES DEL HOGAR a todos los ingresos de los miembros del hogar antes de impuestos incluyendo salarios, seguro social, pensiones, jubilaciones, asistencia social, apoyo a la niñez, pensión **alimenticia** o cualquier otro ingreso en dinero.

NIVEL DE INGRESOS PARA LA INCORPORACIÓN EN PROGRAMA DE COMIDAS A PRECIO REDUCIDO 1 de julio de 2001 – 30 de junio de 2002

CANTIDAD DE MIEMBROS	INGRESOS TOTALES DEL HOGAR ANTES DE IMPUESTOS: ANUAL	MENSUAL
UNO	US\$ 15.892	US\$ 1.325
DOS.....	21.479	1.790
TRES.....	27.066	2.256
CUATRO	32.653	2.722
CINCO.....	38.240	3.187
SEIS	43.827	3.653
SIETE	49.414	4.118
OCHO	55.001	4.584
Agregar por cada miembro adicional del hogar,	+ 5.587	+ 466

En caso de que sus ingresos totales sean IGUALES O MENORES o que reciba cupones de comida o TANF para sus hijos, complete la solicitud y entréguela a la escuela, centro o colonia. Se le notificará si la solicitud es aprobada o rechazada.

¿QUÉ ES UNA SOLICITUD COMPLETA?

- En el caso de una familia que recibe Cupones de Alimentos/TANF**, la solicitud completa incluye el nombre del niño (Sección I), el número de legajo (Sección II) y la firma del adulto (Sección VI).
- En el caso de una familia con un hijo adoptivo**, la solicitud completa incluye el nombre del niño (Sección III), los ingresos de uso personal del niño (Sección III) y la firma del adulto (Sección VI).
- En los demás casos**, la solicitud completa incluye el nombre del niño (Sección I), los miembros del hogar (Sección IV), los ingresos mensuales (Sección IV), la fuente de los ingresos (Sección IV), el número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud o la palabra "NINGUNO" en caso de carecer de dicha inscripción (Sección VI), y la firma del adulto (Sección VI). **Para ser incorporado al plan de comidas a precio reducido o gratuitas la solicitud debe estar firmada en la Sección VI.**

PRIVACIDAD

La información suministrada será utilizada para determinar la elegibilidad del solicitante para ingresar al programa de comidas a precio reducido o gratuitas. Esta información podrá también ser utilizada para determinar la asignación de beneficios educativos adicionales, libros de texto, de ejercicios y otros útiles gratuitos y se compartirá con otros organismos patrocinantes de programas de nutrición infantil del Departamento de Agricultura de los EE.UU. de forma tal que su hijo pueda recibir los beneficios de los programas de comidas. Su nombre y dirección podrán ser compartidos con el Departamento de Salud y Recursos Humanos con su autorización, quienes le remitirán información sobre Medicaid, o con autoridades del CHIP, quienes determinarán la aptitud de su hijo para recibir un seguro de salud. En caso de desear información sobre los planes de libros de texto gratuitos, Medicaid o CHIP para su hijo, indíquelo en la Sección VII del formulario y firmelo una segunda vez en la Sección VII.

COMPROBACIÓN DE INGRESOS

Las datos suministrados pueden ser verificados por personal de la escuela, colonia o centro en cualquier momento. Se le puede requerir que remita información para probar que su hijo reúne las condiciones para ser incorporado al plan de comidas a precio reducido o gratuitas.

INFORMACIÓN DE CAMBIOS

Debe informar los cambios de escuela, centro o colonia de su hijo.

- Cualquier cambio en sus ingresos mayor de US\$ 50 por mes o de US\$ 600 por año.
- Cualquier cambio en la cantidad de miembros de su hogar y
- Cuando deja de recibir cupones de comida o los beneficios del TANF para su hijo.

IMPARCIALIDAD

En caso de no estar de acuerdo con la decisión respecto de la solicitud presentada en favor de su hijo o con el procedimiento aplicado para comprobar su aptitud para ser incorporado en el programa según sus ingresos, deberá comunicarse con las autoridades de la escuela, centro o colonia. Usted tiene derecho a una entrevista imparcial con el inspector del distrito o con el director del centro o de la colonia.

NUEVA SOLICITUD

Puede presentar una nueva solicitud para los programas en cualquier momento durante el año. Cuando los ingresos de su hogar disminuyan, la cantidad de miembros aumente o usted quede desempleado, complete la solicitud.

PROHIBICIÓN DE DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA) prohíbe la discriminación en razón de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una denuncia por discriminación, puede hacerlo por escrito a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W. Whitten Building, 14th and Independence Avenue, SW; Washington, DC 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD).