

**Distrito Escolar de Hermiston 8R**  
**305 SW 11<sup>th</sup> St., Hermiston, OR 97838**  
**541-667-6026**

**Padre/Tutor Carta de Comidas Gratuitas y a Precio Reducido**

Fecha: Agosto 2017-18

**Estimado Padre o Tutor:**

**Como solicitar para las comidas gratuitas o a precios reducidos:**

Llene el formulario adjunto *Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas y a Precio Reducido del 2017-2018* y regréselo a la escuela. Instrucciones para llenar la solicitud pueden ser encontradas en las siguientes páginas. La escuela puede verificar la información en la solicitud a cualquier tiempo durante el año escolar.

NOTE: Si usted recibió una carta de *Notificación de Elegibilidad –Beneficios de Comida Gratuita* del distrito escolar usted no necesita llenar la solicitud para la comida. Por favor asegúrese que todos sus niños de edad escolar estén apuntados en su carta de notificación. Si no, llame al 541-667-6026 para agregarlos.

La información en su solicitud solo se utiliza para determinar si, su hijo/a es elegible para recibir comida gratuita o a precio reducido. Nombres de los estudiantes y estado de elegibilidad puede ser publicado a nutrición de niños federales u otros programas educativos, y programas estatales de salud o educación. Alguna otra información en su solicitud solamente puede ser publicada con su aprobación en escrito.

Usted será notificado si su solicitud es aprobada o negada. Si usted necesita ayuda con la solicitud, por favor de llamar: la Oficina del Distrito, al número de teléfono: 541-667-6026.

Usted puede solicitar para la comida gratuita o a precio reducido a cualquier tiempo durante el año escolar. Si usted no es elegible ahorita pero después tiene un cambio, tal como una reducción en ingreso del hogar, amento familiar, está desempleado, o recibe Estampías de Comida, TANF, o beneficios FDPIR, llene una solicitud en ese momento.

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Tricia Mooney, Superintendente

**Distrito Escolar de Hermiston 8R**  
**305 SW 11<sup>th</sup> St., Hermiston, OR 97838**  
**541-667-6026**

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **El Distrito Escolar de Hermiston ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.30 y el almuerzo \$2.35 Escuelas Primarias, \$2.60 Escuelas Secundarias, y \$2.85 Escuela Preparatoria.. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de Ningún cargo para el desayuno y Ningún cargo para el almuerzo.**

1. **¿Debo completar una solicitud si este año escolar recibí una carta en la que me dicen que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis?** Lea la carta que recibió detenidamente y siga las instrucciones. Si no recibió una carta para cada uno de los niños de su hogar, entonces debe completar una solicitud listando a todos los miembros de su hogar. Llame a **541-667-6026** si tiene preguntas.
2. **¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. **Devuelva la solicitud completa a: cualquier escuela de sus hijos o a la Oficina del Distrito.**
3. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben SNAP\* o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.
4. **¿Pueden los niños bajo tutela temporaria recibir comidas gratis?** Sí, los niños bajo tutela temporaria que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de tutela temporaria o tribunal pueden recibir comidas gratis. Todos los niños bajo tutela temporaria del hogar pueden recibir comidas gratis independientemente del ingreso.
5. **¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con **el coordinador de la escuela, enlace sin hogar o emigrante** para verificar si sus hijos califican.
6. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.
7. **Si mi hijo es elegible para recibir beneficios de comidas gratis o a precio reducido, ¿cuándo comenzarán los beneficios?** Los beneficios de comidas para las solicitudes nuevas no pueden comenzar hasta que se apruebe la solicitud. Haga que su hijo lleve almuerzo o déle dinero para comprar uno hasta que reciba notificación de que se ha aprobado la solicitud.
8. **Recibo WIC. ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) obtener comidas gratis?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
9. **Mis hijos reciben beneficios del Plan de Salud de Oregon. ¿Pueden obtener comidas gratis?** Esto sólo se puede determinar completando y presentando la solicitud para beneficios de comidas que se adjunta. Sírvase completar una solicitud.
10. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
11. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir SNAP\* o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.
12. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo **el Distrito Escolar.**
13. **¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
14. **¿A quienes tengo que incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Se puede incluir a los niños bajo tutela temporaria como miembros de la familia. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten ingresos con usted o sus hijos y que pagan una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.
15. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.
16. **Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿incluimos nuestro subsidio para vivienda? Si recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe contarlo como ingreso. Sin embargo,** si su vivienda es parte del la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares (Military Housing Privatization Initiative) no incluya el subsidio para vivienda como ingreso.
17. **Mi cónyuge ha sido enviado a una zona de combate. ¿Se cuenta la paga de combate como ingreso?** La paga de combate está excluida si se recibe en adición a la paga básica de miembro en servicio; se recibe como resultado del envío del miembro a la zona de combate; y no se recibía antes del envío a la zona de combate.
18. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas en los que podamos participar?** Para saber cómo solicitar el u otros beneficios de asistencia, comuníquese con la oficina de asistencia local, Text "FOOD" to 877877, 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY), [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org)

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: **541-667-6026.**

Application # \_\_\_\_\_

### SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2017-2018 PARA COMIDAS GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
- Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR** Nombre de la persona que completa esta solicitud (**Apellido, Primer nombre**)

Nombre Escriba \_\_\_\_\_

Dirección postal – Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

➔ Número de integrantes del hogar \_\_\_\_\_  
(Escriba los nombres de todos los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre \_\_\_\_\_  SNAP Número de caso \_\_\_\_\_ Siga abajo en la Parte 5

TANF \_\_\_\_\_

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Si

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Liste todos los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar X \_\_\_\_\_ Firmado en \_\_\_\_\_ Mes/día/año

Número de Seguro Social \* (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 No tengo número de Seguro Social

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica:  Hispano o latino  No hispano ni latino

Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Indio americano y nativo de Alaska  Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano  Blanco, no de origen hispano  Otra

Prefiero recibir toda la correspondencia en  Español  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

**7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado** Firme aquí: \_\_\_\_\_

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos.  Sí  No

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in household: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Free based on:  Denied – Reason:

SNAP/TANF/FDPIR  Reduced based on:  income too high

Foster child categorical  household income  incomplete application

household income

Determining Official's Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Distrito Escolar de Hermiston 8R**  
**COMPARTIENDO INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS**

Estimado Padre / Tutor:

La información que proporciona en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido es usada solamente para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para comidas Gratuitas o a Precio Reducido. **También se puede usar la información para determinar la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para recibir beneficios para otros programas. Para los siguientes programas debemos tener su permiso con el fin de compartir su información.**

El envío de este formulario no modificará si su(s) estudiante(s) reciba(n) comidas gratuitas o a precio reducido.

La firma de esta dispensa NO ES UN REQUISITO para la participación en cualquier programa de nutrición escolar.

---

**¡No! NO** deseo que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas listados a continuación.

**Si marcó "No", deténgase aquí. No tiene que completar o enviar este formulario. Su información no será compartida.**

**¡Sí! SÍ** deseo que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con: (Marque cada programa al que desea que la información le sea divulgada).

**Programas del Distrito Escolar para el 2017-18 son:**

Exención/Reducción de Pago del Programa de Atletismo/Actividades (Escuela Preparatoria/Secundaria)

Doble Crédito/Matrícula Universitaria de Eastern Promise (Solamente Escuela Preparatoria)

Exención/Reducción de Pago de la Inscripción de exámenes (Solamente Escuela Preparatoria)

**Si marcó cualquiera o todos los programas listados arriba, llene el formulario a continuación. Comprendo que estoy divulgando información (nombre del estudiante, estado de F/R y/o información de contacto) solamente a los programas que he marcado. Certifico que soy el padre/tutor legal del(de los) niño(s) para el(los) cual(es) se hace esta solicitud.**

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Para obtener más información, llame al 541-667-6026.

Devuelva este formulario con su Solicitud para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido a cualquier escuela.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.