



Solicitud para Alimentación Escolar Gratis o de Precio Reducido—Aplique por medio electrónico al: https://applyformeals.aacps.org

Esta solicitud debe ser completada y firmada por un adulto. Lea las instrucciones al reverso. Use tinta negra. Imprima claramente dentro de los cuadros y evite salirse. USE MAYÚSCULAS. Complete una solicitud para cada hogar. Para dudas llame al 410-222-5900.

5

1 Si alguno de los estudiantes por los que solicita cumple con las definiciones de que está sin Hogar (H), Migrante (M), o se ha Escapado del Hogar (R), ponga una "X" en el cuadro apropiado y llame al 410-222-5326.

2 Si un miembro del hogar tiene un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal de Dinero en Efectivo (TCA) escriba su nombre y número de caso, y proceda a completar solamente las secciones 3 (no incluya el ingreso del estudiante), 6 y 7.

Form fields for First Name, Last Name, and Case Number (SNAP or TCA).

3 Complete toda la información solicitada para todos los estudiantes actualmente matriculados en las Escuelas Públicas del Condado de Anne Arundel.

Marque el cuadro "Niño de Crianza" para cada niño de crianza. Si todos los estudiantes en ésta solicitud son niños de crianza, pase a la sección 6. De lo contrario, proceda a la sección 4. Anote cualquier Ingreso Bruto Total de los estudiantes antes de impuestos y deducciones en dólares enteros solamente. En el cuadro de la "Frecuencia," indique si el ingreso es recibido: W = Semanal | E = Cada 2 Semanas | T = Dos Veces al Mes | M = Mensual | Y = Anual.

Table for student information with columns: Información General del Estudiante (Name, Birth Date, School #, etc.) and Información de los Ingresos del Estudiante (Income, Frequency).

4 Lista de los otros miembros del hogar (incluyéndose a usted) incluso si no reciben ingresos. No incluir a los estudiantes mencionados. Anote el Ingreso Total Bruto antes de impuestos y deducciones en dólares enteros solamente de cada fuente para cada miembro de la familia. Si no reciben ingresos, escriba '0'. Al entrar a '0,' está certificando que no hay ningún ingreso para informar. En el cuadro de la "Frecuencia," indique si el ingreso es recibido: W = Semanal | E = Cada 2 Semanas | T = Dos Veces al Mes | M = Mensual | Y = Anual.

Table for other household members with columns: Name, Income, Frequency, and Total of persons living in the home.

6 ¡Firme la solicitud! Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reportaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales, y que oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si intencionalmente doy información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federal aplicables.

Form fields for adult signature and contact information: Name, Address, City, State, Zip, Phone.

Signature area with fields for adult name, SSN, and date.

7 Compartiendo ésta información* con otros programas: La elegibilidad de sus niños puede ser usado por otros propósitos autorizados, compartida con los oficiales locales de Título 1 y usado para análisis de la Evaluación Nacional de Progreso Educativo. Su familia también puede ser elegible para recibir beneficios bajo el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o para el Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Debemos tener su permiso para compartir su información con éstos programas. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus niños para recibir alimentación escolar gratis o de precio reducido. Si usted desea que se comparta la información con SNAP o WIC, marque el cuadro "Si" debajo. Puede ser que lo contacten acerca de presentar una solicitud para SNAP o WIC. [] Si, yo deseo que la información en ésta solicitud sea compartida con: [] SNAP [] WIC

Es posible que los niños elegibles para alimentación escolar gratis o de precio reducido puedan obtener seguro de salud de bajo costo a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil de MD (MCHIP). La ley nos permite informar a Medicaid y a MCHIP que sus niños son elegibles para alimentación escolar gratis o de precio reducido, a menos que usted se oponga. Su decisión no afectará la elegibilidad de sus niños para recibir alimentación escolar gratis o de precio reducido. Si usted no desea compartir ésta información con Medicaid o MCHIP, marque "No." [] No, yo no deseo que la información en ésta solicitud sea compartida con Medicaid o MCHIP.

*Ver la declaración "Uso de información" al dorso.



Programa Nacional de Almuerzo/Desayuno Escolar

(National School Lunch/Breakfast Program) Spanish version

Estimados Padres,

Las escuelas públicas del condado de Anne Arundel ofrecen comidas sanas y saludables todos los días de escuela. Los estudiantes que aplicaron y son elegibles recibirán alimentos gratis.

A menos que usted haya recibido notificación de sus niños recibirán comidas gratuitas, debe completar una Solicitud de Beneficios de la Comida y regresar el formulario a la escuela de su hijo más joven.

Todas las comidas que se sirven contienen las normas de nutrición establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Si un niño ha sido determinado por un médico que tiene una discapacidad que impida al niño comer la comida regular de la escuela, las escuelas harán sustituciones prescritas por el médico. Si usted cree que su hijo necesita sustituciones debido a la discapacidad, póngase en contacto con nosotros al 410-222-5900 para más información. Si es necesaria hacer una sustitución, no habrá ningún cargo adicional para la comida.

Le dejaremos saber cuándo su solicitud es aprobada o negada. Por favor guarde la notificación de aprobación o rechazo para sus archivos.

Sinceramente,

Jodi Risse
Supervisora, Servicios de Alimentos y Nutrición

Verificación: Es posible que se verifique su elegibilidad en cualquier momento durante el año escolar. Los funcionarios de la escuela podrán pedirle que mande pruebas por escrito demostrando que su(s) hijo(s) debe(n) recibir comida gratuita o de precio reducido.

Nueva solicitud: Si no es elegible ahora, puede volver a solicitar el beneficio en cualquier momento del año escolar.

Audiencia justa: Usted puede hablar con el funcionario que toma la decisión si no está de acuerdo con su decisión sobre la elegibilidad de su(s) hijo(s) para los beneficios de comida o el resultado de la verificación. Puede solicitar una audiencia justa contactando a: Supervisora, Servicios de Alimentos y Nutrición 2666 Riva Road, Suite 100, Annapolis MD 21401, teléfono 410-222-5900, jrisse@aacps.org

La ley Richard B. Russell National School Lunch requiere la información en esta solicitud. **No tienen que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su niño para las comidas gratis o a precio reducido.** Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no se requiere cuando están aplicando sólo para hijos de crianza, o usted anota el número del caso de un programa de suplemento de alimentos o asistencia temporal en efectivo, o cuando indica que el adulto firmando la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de desayuno y almuerzo.

Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, los auditores para las revisiones de programa y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar las violaciones de las reglas del programa.

Declaración de no discriminación del USDA:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y con las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados y las instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminar por raza, color, origen, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Los individuos sordos, de oír o tener discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja de discriminación por parte del programa, Formulario de Queja de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) encontró en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta al USDA por:

mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Aplique por medio electrónico al:

<https://applyformeals.aacps.org>

Cómo completar esta aplicación

Si necesita ayuda, llame al 410-222-5900.

Para aplicar para las comidas gratis o a precio reducido, complete la solicitud usando las siguientes instrucciones.

Firme la solicitud y regréselo a la escuela de su hijo más joven.

PARTE 1: Siga las instrucciones en el formulario. Marque la casilla si cualquiera de los estudiantes cumple con las definiciones de el no tiene hogar, escapado del hogar, o migrante. Llame el Enlace para Sin Hogar al 410-222-5326 para preguntar sobre los beneficios.

PARTE 2: Siga las instrucciones en el formulario. Si le aplica, escriba el nombre del miembro del hogar que tiene los nueve dígitos del número del caso del **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SANP) o asistencia temporal de dinero en efectivo (TCA)** y escriba el número del caso. Sigán llenando en las partes 3, 6 y 7 del formulario.

PARTE 3: Siga las instrucciones en el formulario. Complete toda la información solicitada de para todos los estudiantes inscritos en AACPS. Incluyan el primer nombre (legal), la inicial del segundo nombre, el apellido, la fecha de nacimiento, número de identificación del estudiante, número de escuela (si lo sabe — está disponible en la escuela) y la información de ingresos en dólares enteros solamente del estudiante.

Si tiene niños de crianza, marque la casilla de **Niño de Crianza** para cada uno. Si cada estudiante en esta solicitud es un niño de crianza siga a la Parte 6. De lo contrario, continúe con la Parte 4

PARTE 4: Usted debe indicar **todas las personas que viven en su casa**, relacionada o no (tales como abuelos u otros miembros de su familia) quienes comparten los ingresos y gastos. Si viven con otra persona quienes son económicamente independiente de usted no los incluyan.

Indiqué el total de sus ingresos en bruto en dólares completos, antes de los impuestos y deducciones. Esta cantidad no es la misma que la que usted se lleva a casa. Si otro miembro de su familia inmediata no tiene ingresos de ninguna fuente, escriba "0," o si el espacio esta sin respuesta, usted esta certificando que no hay ingreso para reportar.

PARTE 5: Escriba el número total de personas que viven en su hogar de las Partes 3 y 4.

PARTE 6: Firme e imprima el nombre del miembro del hogar adulto que está llenando la solicitud. Anote su dirección de correo y número de teléfono.

Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del adulto que firma la solicitud. Si el adulto no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla **No tengo #SSN**. Los últimos cuatro dígitos no son necesarios si anote un SNAP o TCA o si todos los estudiantes son hijos de crianza.

PARTE 7: Siga las instrucciones en el formulario. Marque la casilla apropiada si usted da su consentimiento para compartir esta información o elegir que alguien se ponga en contacto con usted con respecto a los beneficios adicionales.

Año Escolar 2021–2022

¿Es su hijo elegible para las comidas gratuitas o de precio reducido?

(Usted y los niños en su hogar no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar.)

Un niño califica para las comidas gratis si él o ella:

- es un **niño de crianza (foster child)**
- vive en un hogar que recibe beneficios del **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal de Dinero en efectivo (TCA)**
- está certificado **como niños sin hogar, escapado de su hogar o migrante**

Un niño puede también calificar para comidas gratis o a precio reducido si él o ella:

- está en un hogar que participa en **WIC**
- vive en un hogar cuyos ingresos total es igual o inferior a las cantidades en la siguiente tabla de ingresos

Normas Federales de Ingresos Elegibles

Cantidad de integrantes	Anual	Mensual	Por semana
1	\$23,828	\$1,986	\$459
2	32,227	2,686	620
3	40,626	3,386	782
4	49,025	4,086	943
5	57,424	4,786	1,105
6	65,823	5,486	1,266
7	74,222	6,186	1,428
8	82,621	6,886	1,589
Por cada miembro adicional agregue:			
	\$8,399	\$700	\$162

Ingresos que se declaran

Ingresos procedentes del trabajo

Salarios/Paga/Propinas

Ingresos adicionales

Pensiones /Pensión conyugal Ingresos por jubilación
Seguridad social TCA/Manutención de niños

Otros ingresos

Beneficios por huelga
Beneficios para Veteranos (VA)
Compensación por desempleo
Compensación del trabajador
Ingresos netos de empresa propia o Ingreso Suplementario Seguridad de Granja (SSI)
Beneficios de discapacidad/Interés/Dividendos
Ganancias de derechos por autor/A anualidades/
Ingresos netos de alquiler
Retiro de dinero de los ahorros
Ingresos de patrimonio familiar/
Fideicomisos/Inversiones
Contribuciones regulares de personas con no viven en el hogar
No incluyen el subsidio de vivienda de la iniciativa de privatización de Vivienda Militar o paga de combate.

Para respuestas a las Preguntas más Frecuentes, visítenos en línea al aacpschools.org/nutrition/apply-for-free-or-reduced-price-meals o pregúntele a la oficina de la escuela de su hijo(a) por una copia.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800)877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.