

Valley View ISD

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. *Valley View ISD* ofrece alimentación sana todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.50; y el almuerzo cuesta *elementary* \$2.70 *MS/HS* \$3.00. **Sus niños podrían calificar para recibir comidas gratuitas o de precio reducido.** El precio reducido es \$0.30 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Si usted ha recibido una carta de notificación (de certificación directa) que indica que un niño califica para recibir comida gratuita, no llene una solicitud. Reporte a la escuela si hay niños en el hogar asistiendo a la escuela, pero que no se incluyeron en esta carta de certificación.

Las siguientes preguntas y respuestas, y las instrucciones adjuntas, proporcionan información adicional para como completar la solicitud. Complete sola una solicitud para todos los estudiantes en el hogar y entregue la solicitud completa a *Valley View ISD*. Si tiene preguntas sobre como solicitar comida gratuita o de precio reducido, póngase en contacto con 940-726-3659.

1. **¿Quién puede recibir comida gratuita?**

- *Ingresos*— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar se encuentra debajo de los límites de las *Guías Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
- *Participantes de programas especiales* — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
- *Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)*— Los niños adoptivos temporales (foster children) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
- *Head Start, Early Head Start, y Even Start*— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
- *Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante* — Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a *Monica Parkhill*.
- *Beneficiarios del Programa WIC* — Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.

2. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con los funcionarios escolares. También, puede apelar la decisión llamando o escribiendo al William Stokes, 940-726-3659.

3. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al *Misty Price*, 940-726-3659.

Atentamente,

Misty Price

- Debe entregar una solicitud nueva a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
4. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Un niño con un padre, madre o guardián que pierde su trabajo puede calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso del hogar cae debajo del límite del ingreso establecido.
5. **¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre?** Reporte la cantidad que recibe normalmente. Si un miembro del hogar perdió un trabajo o le han reducido sus horas o su sueldo, use el ingreso actual.
6. **Estamos en las fuerzas armadas. ¿Tenemos que declarar nuestro ingreso diferente?** Su sueldo básico y los bonos en efectivo tienen que ser reportados como ingresos. Si recibe unos subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), tiene que incluirlos como ingresos. Si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar (Military Housing Privatization Initiative), no incluya este subsidio de vivienda como ingreso. Además, no cuente cualquier pago de combate adicional debido al despliegue militar como ingreso.
7. **¿Puedo solicitar si un miembro de mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido.
8. **¿Van a verificar la información que yo doy?** Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. **Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para enterarse de cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.

Valley View ISD, Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para Varios Usos del 2018-2019

This Box for School Use Only.

Date Withdrawn:

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz).

Parte 1: Definición de Miembro del hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Opcional: Número de Identificación del Estudiante

Niño Adoptivo Temporal (Foster)

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Si	No	Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?

No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio _____, y pase directamente a la Parte 3.

SI > FDPIR, marque en la casilla , ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

A. Total Household Members (Children & Adults) _____

B. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó lasolicitud: XXX-XX __ __ __ Marque aquí si no tiene un SSN

C. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

D. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por la frecuencia que se recibe.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por me	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: 106 Newton Street Valley View, TX 76272 940-726-3659.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de teléfono y correo electrónico (opcional) _____

Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud _____ Firma del adulto que llenó la solicitud _____ Fecha de hoy _____

Parte 1: Nombres Adicional

Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

Liste el nombre de cada niño.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Opcional: Número de Identificación del Estudiante

Niño Adoptivo Temporal (Foster)

Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Marque todo lo que aplique.			
			Sí	No				Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Nombres Adicional

C. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores).

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

D. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Añote los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por frecuencia.

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

Step 4 (Optional), Permiso para Compartir Información con Otros Programas

Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Por favor, marque con un círculo cualquier programa o beneficio de la lista siguiente del que usted desee recibir la información en esta solicitud. El hecho de llenar esta sección no cambiará si sus niños pueden recibir o no comida gratuita o a precio reducido.

Programas:	BAND	AP TEST	SAT TEST	PSAT TEST	ENRICHMENT PROGRAM
------------	------	---------	----------	-----------	--------------------

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.

<i>Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12</i>							Date Received:			
Household Size: _____	Total Income: _____	Weekly <input type="checkbox"/>	Every 2 Weeks <input type="checkbox"/>	Twice a Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annually <input type="checkbox"/>	Categorical Determination <input type="checkbox"/>	Eligibility: Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>		
Reviewing/Determining Official's Signature/Date		Confirming Official's Signature/Date								