DISTRICT OF COLUMBIA PUBLIC SCHOOLS

0447525568

SOLICITE EN LÍNEA *dcps.heartlandapps.com*

Solicitud Familiar de Desayunos, Almuerzos y Comidas/Refrigerios para Después de Clases, 2016-2017

Entregue la solicitud de vuelta a la escuela de DCPS a la que asista el menor de los hijos y que acepte solicitudes; no a una que no acepte solicitudes o a una escuela independiente (*charter*). ¿Tiene alguna pregunta? Llame a la Oficina de Servicios de Alimentación y Nutrición (OFNS, por sus siglas en inglés), al 202-299-2159. Las solicitudes incompletas serán devueltas. Llene UNA SOLICITUD para todo el hogar, incluso si los estudiantes asisten a diferentes escuelas de DCPS. Escriba con letra clara y legible, con tinta negra o azul oscuro.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA/OFICINA
Fecha en que el padre envío la solicitud a la escuela____
Iniciales de la autoridad escolar _____
Fecha de envío de la escuela_____
Fecha en que la OFNS la recibió

1 TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: Anote a todos los miembros del hogar (incluyendo bebés, ancianos, etc.) y el nombre de escuela de cada niño.

Núm. de identificación de estudiante	Nombres de todos los miembros del hogar: Nombre, Inicial del 2.º nombre, Apellido(s)	No tiene ingresos	¿Estudia esta persona un DCPS? Encierre 'Sí' o 'No'	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela de cada hijo/o indique "NA" si no va a la escuela	Hijo de crianza**
		☐	Sí No	/ /			☐
		☐	Sí No	/ /			☐
		☐	Sí No	/ /			☐
		☐	Sí No	/ /			☐
		☐	Sí No	/ /			☐
		☐	Sí No	/ /			☐

****Un hijo de crianza es responsabilidad legal de la dependencia de asistencia social o del tribunal. Si todos los hijos antes indicados son de crianza, pase a la Parte 5 para firmar este formulario.**

2 PRESTACIONES SOCIALES

Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, FDPIR o asistencia de TANF en efectivo, proporcione el nombre y número de caso de quien recibe las prestaciones y pase a la Parte 5. Si no recibe estas prestaciones, pase a la Parte 3. No se aceptan números de estudiante o de Medicaid: proporcione su número de caso.

Nombre: _____ Caso núm.: _____

DECLINACION DE PRESTACIONES

☐ Marque esta casilla si no desea que sus hijos reciban prestaciones. Verifique los estudiantes indicados en la Parte 1 y luego firme la PARTE 5.

3 MENOR DESAMPARADO, INMIGRANTE O QUE ESCAPÓ DE CASA

Si algún menor para el cual esté usted presentando una solicitud está desamparado, es inmigrante o ha escapado de su casa, marque la casilla correspondiente y llame a la Oficina de Servicios Transitorios de la DC OSSE al (202) 671-6487 para preguntar por servicios para su familia. ☐ Desamparado ☐ Inmigrante ☐ Fugitivo

4 INGRESO FAMILIAR BRUTO: Indique TODOS los miembros del hogar no enumerados en la Sección 1 (incluyéndose a usted mismo), incluso si no tienen ningún ingreso. De tener uno, indique el ingreso total bruto (antes de deducir impuestos). Si no tienen ingreso, escriba "0".

Indique TODOS los miembros del hogar (incluyéndose usted), incluso si no tiene ningún ingreso. Escriba "0" si no tiene ingreso.

Ingreso bruto: Anote el monto del ingreso e indique la frecuencia que corresponda. Semanal (S); Quincenal (Q); Bimensual (B); Mensual (M); Anual (A)

	Ingreso bruto antes de las deducciones	Semanalmente / Quincenalmente / 2 veces al mes / Mensualmente / Anualmente	Asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	Semanalmente / Quincenalmente / 2 veces al mes / Mensualmente	Pensiones, jubilación, Seguro Social	Semanalmente / Quincenalmente / 2 veces al mes / Mensualmente	Cualquier otro ingreso	Semanalmente / Quincenalmente / 2 veces al mes / Mensualmente
(Ejemplo) *Jane Smith*	$.	S Q B M A	$ 149.99	S Q B M	$ 99.99	S Q B M	$ 50.00	S Q B M
1)	$.	S Q B M A	$.	S Q B M	$.	S Q B M	$.	S Q B M
2)	$.	S Q B M A	$.	S Q B M	$.	S Q B M	$.	S Q B M
3)	$.	S Q B M A	$.	S Q B M	$.	S Q B M	$.	S Q B M
4)	$.	S Q B M A	$.	S Q B M	$.	S Q B M	$.	S Q B M

5 FIRMA: Un adulto debe firmar a continuación, debajo de la X

LA SOLICITUD DEBE FIRMARLA UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR. Si llena la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social" (ver las Declaraciones al reverso de esta página). Hago constar que toda la información presentada en esta solicitud es veraz y que se han indicado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales dependiendo de la información que yo proporcione. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) esta información. Entiendo que si doy información premeditadamente falsa, es posible que mis hijos pierdan la prestación de comidas y podría encausárseme.

X _____ XXX - XX - ____ ☐ No tengo número de Seguro Social

Firma del miembro adulto del hogar | Nombre del padre o tutor | Apellido(s) del padre o tutor | Núm. de S.S.

_____ ___ - ___ - ____ ___ - ___ - ____

Dirección de correo electrónico del padre o tutor | Teléfono del trabajo | Teléfono de casa

__ / __ / 201_

Fecha | Dirección | Ciudad | Estado | Código postal

6 IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Seleccione una identidad étnica: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Seleccione uno o más (independientemente de la identidad étnica): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Otra

PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL

Ingreso total _____ ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Anual Tamaño del hogar _____

☐ F ☐ R ☐ P ☐ CE

Firma de determinante oficial _____ Fecha _____ Firma del oficial que confirma _____ Fecha _____ Firma del oficial que verifica _____ Fecha _____

Solicitud Familiar de Desayunos, Almuerzos y Comidas/Refrigerios para Después de Clases, 2016-2017

Estimado padre o tutor de DCPS:

La escuela de su hijo ofrece desayunos y almuerzos nutritivos y sabrosos todos los días a través de los Programas Nacionales de Desayunos y Almuerzos Escolares, y la mayoría también ofrece una merienda ligera o una cena a los estudiantes que asisten a los programas para después de clases. La Solicitud Familiar de Desayunos, Almuerzos y Comidas/Refrigerios para Después de Clases de DCPS apoya a la Oficina de Servicios de Alimentación y Nutrición de DCPS ofreciendo comidas de alta calidad para los estudiantes a través del plan federal de reembolso de comidas.

Para el ciclo escolar 2016-2017, 83 escuelas de DCPS fueron certificadas como Comunitariamente Elegibles, permitiendo que todos los niños que asisten a ellas reciban almuerzos sin costo alguno. Los desayuno y las cenas para después de clases son gratuitas para todos los estudiantes. Los hogares en los que todos los estudiantes asisten a escuelas Comunitariamente Elegibles no tienen que presentar una solicitud FARM para 2016-2017. Para ver la lista de las escuelas Comunitariamente Elegibles, por favor visite http://dcps.dc.gov/food.

Cada año escolar, por favor llene una sola solicitud para todos los estudiantes de su hogar que asistan a una escuela de DCPS, aunque no sea a la misma; esto no incluye a las escuelas independientes (charter). Entregue la solicitud de vuelta a la escuela de DCPS a la que asista el hijo menor y que acepte solicitudes; no a una que no acepte solicitudes o a una escuela independiente (charter). También puede llenar la solicitud para su hogar en línea a través de un formulario seguro, en http://dcps.dc.gov/food.

Todos los estudiantes en la clasificación de "reducido" recibirán almuerzos gratuitos. Los estudiantes de primaria en la clasificación de "pago" o que no hayan presentado una solicitud FARM para 2016-2017 pagarán $2.60 por el almuerzo. Los estudiantes de educación intermedia en la clasificación de "pago" o que no hayan presentado una solicitud FARM para 2016-2017 pagarán $3.10 por el almuerzo.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

-Si mi(s) hijo(s) no satisface(n) los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y no quiero dar mis datos, ¿de todos modos tengo que presentar una solicitud de comidas?
Sí. Llene la Parte 1, marque la casilla de "DECLINACIÓN DE PRESTACIONES" en la Parte 2, y firme y feche el formulario en la Parte 5. Entregue el formulario de vuelta a la escuela a la que asista el menor de sus hijos y que acepte solicitudes, no a una que no acepte solicitudes o a una escuela independiente (charter).

-¿Necesito llenar una solicitud para cada hijo?
No. Cada año escolar, llene una sola solicitud para todos los estudiantes de su hogar que asistan a una escuela de DCPS, aunque no sea a la misma; esto no incluye a las escuelas independientes (charter). Entregue la solicitud de vuelta a la escuela de DCPS a la que asista el menor de sus hijos y acepte solicitudes, no a una que no acepte solicitudes o a una escuela independiente (charter).

-¿Quién puede recibir comidas gratuitas?
Todos los niños de hogares en los que uno o más miembros reciben asistencia de SNAP, FDPIR o TANF pueden recibir comidas gratuitas, independientemente del ingreso del hogar. Los niños también pueden pueden tener derecho a recibir comidas gratuitas si el ingreso bruto del hogar entra dentro de las pautas federales de elegibilidad según el ingreso. Es posible que los niños de hogares que reciben WIC tengan derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

-¿Pueden los niños desamparados, inmigrantes o que huyeron de su hogar recibir comidas gratuitas?
Sí. Cualquier hijo de crianza del hogar tiene derecho a recibir comidas gratuitas, independientemente del ingreso del hogar. Los niños que entran dentro de la definición de desamparado, inmigrante o fugitivo de su hogar tienen derecho a recibir comidas gratuitas.

-La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado; ¿necesito llenar otra?
Sí. La solicitud de su hijo sólo es válida para ese ciclo escolar y hasta el 30 de septiembre de 2016. Usted debe enviar una nueva solicitud, a menos que su hijo asista a una escuela Comunitariamente Elegible.

-¿Será verificada la información que proporcione?
La información de la solicitud puede ser verificada en cualquier momento durante el año lectivo. Es posible que las autoridades escolares le pidan que envíe cierta documentación para verificar la información proporcionada en la solicitud.

En la Parte 1, ¿a quién debo incluir como miembro de mi hogar?
A todas las personas que vivan en su hogar, estén o no emparentados (p. ej., abuelos, bebés, amigos) con quienes comparta los ingresos y los gastos. Debe incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que sean económicamente independientes (p, ej., que no mantenga, que no compartan ingresos con usted o sus hijos y que paguen una parte prorrateada de los gastos), no necesita indicarlas.
-Si el ingreso de mi hogar cambia, ¿puedo presentar una nueva solicitud para recibir la prestación de comidas?
Sí. Si el número de miembros de su hogar aumenta, alguien en su hogar comienza a recibir ayuda del estado, o si el ingreso del hogar aumenta o disminuye, usted debe presentar una nueva solicitud para la prestación de comidas.

-¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela en cuanto a mi solicitud?
Comuníquese con la Oficina de Servicios de Alimentación y Nutrición de DCPS: 1200 First Street NE. 9th Floor, Washington, DC 20002, (202) 299-2159.

TABLA FEDERAL DE ELEGEBILIDAD SEGUN EL para el año escolar 2016-2017			
Tamaño De Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	$21,987	$1,832	$423
2	$29,637	$2,470	$570
3	$37,296	$3,108	$718
4	$44,955	$3,747	$865
5	$52,614	$4,385	$1,012
6	$60,273	$5,023	$1,160
7	$67,951	$5,663	$1,307
8	$75,647	$6,304	$1,455
Cada Persona Adicional	$7,696	$642	$148

**La tabla de ingresos anterior se deriva de las pautas federales de elegibilidad según el ingreso para recibir comidas a precio reducido. Según la ley de Escuelas Saludables del Distrito de Columbia, los hogares que reúnen las condiciones federales para recibir comidas a precio reducido también satisfacen los requisitos para recibir comidas GRATIS

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Explica cómo usaremos la información que nos proporcione. La ley nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell es la que exige la información de esta solicitud. Usted no tiene que proporcionarnos la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Estos cuatro dígitos no son necesarios si solicita a nombre de un hijo de crianza; si incluye un número de caso del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (o SNAP), del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (o TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (o FDPIR), u otro identificador del FDPIR para su hijo; o si indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. La información la usaremos para determinar si su hijo tiene derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de desayunos y almuerzos. ES POSIBLE que divulguemos su información de elegibilidad a programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar sus prestaciones; a auditores para la evaluación de los

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: Según la ley federal de Derechos Civiles, y el reglamento y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (o USDA) en materia de derechos civiles, al USDA y a sus dependencias, oficinas y empleados, y a las instituciones que administran o participan en sus programas, les está prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o como retaliación o represalia por actividades de derechos civiles previas en algún programa o actividad conducidos o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternos de comunicación para acceder a la información del programa (p. ej., Braille, tipo grande de letra, audiocintas, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la dependencia (local o estatal) donde solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con deficiencias auditivas o con otras discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Sistema Federal de Retrasmisión marcando el (800) 877-8339. Además, pueda que la información del programa esté disponible en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027), disponible en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del departamento, o escriba una carta con atención al USDA proporcionando toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Una vez lleno, envíe el formulario o la carta al USDA por: 1) correo postal de los Estados Unidos, a Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; 2) fax, al (202) 690-7442; o 3) correo electrónico, a program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.