

No. de la OMB: 0584-0530  
Fecha de expiración: XX/XX/XXXX



<FECHA>

<NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE>

<DIRECCIÓN, CALLE>

<CIUDAD, ESTADO, C.P.>

Estimado <NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR>,

Le damos las gracias por aceptar participar en el Estudio Nacional de Alimentos Escolares. Nuestro éxito se debe a su ayuda.

Un entrevistador del Estudio Nacional de Alimentos Escolares tiene programado llamar al número <NÚMERO TELEFÓNICO DEL PARTICIPANTE> en <FECHA Y HORA> para hablar con usted sobre la experiencia que tuvo al completar la solicitud para que <ESTUDIANTE OBJETIVO> participar en el Programa Nacional de Desayunos y Almuerzos Escolares. Si no le es posible cumplir con la cita, por favor háganoslo saber cuanto antes posible.

Se adjunta una copia en blanco de la solicitud de alimentos y se hará referencia a ella durante la entrevista.

Como recordatorio, usted recibirá una tarjeta de regalo de agradecimiento de \$20 dólares, una vez que termine la entrevista.

No dude en llamarnos al 1-855-820-6138 o escribirnos a [schoolmealstudy@westat.com](mailto:schoolmealstudy@westat.com) si tiene preguntas o si necesita cambiar la fecha de su cita. ¡Gracias por su apoyo!

Atentamente,

<FIRMA>

<NOMBRE>

<TÍTULO>

Anexos Solicitud de Alimentos para el Programa Nacional de Desayunos Escolares y el Programa Nacional de Almuerzos Escolares

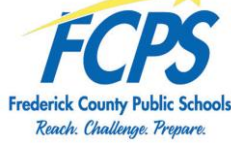
Conforme a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, una agencia no podrá llevar a cabo ni auspiciar una recopilación de información si no muestra un número de control válido de la OMB (la Oficina de Administración y Presupuesto), ni tampoco ninguna persona estará obligada a aceptar tal petición de recopilación de información. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0584-0530. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de aproximadamente un promedio de 5 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar y mantener los datos requeridos, y completar y revisar la recopilación de información.

**APPENDIX D12. HOUSEHOLD INTERVIEW APPOINTMENT REMINDER LETTER- SPANISH**

**Enclosure: Copy of Free and Reduce Meals Application (Spanish)**

Please note that each individual Household Interview participant will be sent a copy of their specific State's application.

Included is the State of Maryland's (Spanish Version) application as a sample.



**FREDERICK COUNTY PUBLIC SCHOOLS**

Food and Nutrition Services  
33 Thomas Johnson Drive, Frederick, MD 21702  
301-644-5061 [food.service@fcps.org](mailto:food.service@fcps.org)

AUGUSTO 2015

Estimados padres/tutores:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **Frederick County Public Schools** ofrecen comidas saludables todos los días escolares. Sus hijos pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido desayuno y el almuerzo ("comidas").

1. **TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? NO.** Completa **una** solicitud de beneficio de comidas para **todos** los niños en su hogar. No podemos aprobar una aplicación que no está completa. Llame **todos** requerida información. Devuelva la solicitud completada a la escuela de su niño o **Food and Nutrition Services, FCPS, 33 Dr. Thomas Johnson, Frederick, MD 21702.**
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Todos los niños en hogares recibiendo beneficios del programa de suplemento de alimentos (FSP) o asistencia temporal de dinero en efectivo (TCA) pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratis si su ingreso bruto de está dentro de los límites de la elegibilidad de ingresos federales gratis.
3. **¿puede fomentar CHIDLREN recibir comidas gratis?** Sí. Niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal, o agencia de cuidado de crianza son elegibles para las comidas gratis. Cualquier niño en el hogar es elegible para comidas gratis independientemente de los ingresos.
4. **PUEDEN DESAMPARADOS, MIGRANTE, FUGITIVO Y HEADSTART NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Sí. Si **no** has sido dijo que su hijo reciba las comidas escolares gratis este año, completar la solicitud. También puede llamar a tu consejero escolar, enlace de la comunidad o sin hogar Coordinador para preguntar sobre beneficios.
5. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO?** Sus hijos pueden recibir comidas bajo costos si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido de la elegibilidad de ingresos federales.
6. **¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICHIENDO MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS? NO, NO NECESITAS COMPLETAR UNA APLICACIÓN. LLAME AL 301-644-5061 SI USTED TIENE PREGUNTAS.**
7. **APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADO EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRO?** Sí. Su hijo aplicación sólo sirve para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe presentar una nueva solicitud a menos que tú eras dijo que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
8. **CONSIGO WIC. PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles, basado en ingresos para comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una aplicación.
9. **SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE DOY?** Sí, su información puede revisarse y pediremos para prueba escrita que.
10. **SI NO CALIFICO AHORA PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE?** Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar.
11. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN SOBRE MI SOLICITUD?** Puede comunicarse con alimentación y nutrición Servicios, 301-644-5061 o [Food.Service@FCPS.org](mailto:Food.Service@FCPS.org). Usted también puede pedir una audiencia llamando o escribiendo a: **Leslie Pellegrino, ejecutivo de Director, servicios fiscales, FCPS, 33 Thomas Johnson Dr., Frederick, MD 21702, teléfono 301-644-5061.**
12. **PUEDO SOLICITAR SI HAY ALGUIEN EN MI HOGAR NO CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** Sí. Usted o su niño no tiene que ser U.S. ciudadanos para calificar de forma gratuita o comidas a precio reducido.
13. **¿QUE DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA?** Su hogar incluye todos los que viven como una unidad económica, relacionados o no (como abuelos, otros parientes, hijos adoptivos o amigos).
14. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS SON NO SIEMPRE LO MISMO?** Lista de la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente haces \$1000 cada mes, pero te perdiste algún trabajo el mes pasado y sólo hizo \$900, deja que hizo \$1000 por mes. Si usted normalmente recibe horas extras, incluyen, pero no la incluimos si sólo trabaja horas extras a veces.
15. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. INCLUIMOS EL SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESOS?** Si tienes un subsidio de vivienda fuera de la base, debe ser incluido como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingresos.
16. **MY CÓNYUGE SE IMPLEMENTA EN UN COMBATE ZONA ES SU PAGA DE COMBATE CUENTAN COMO INGRESOS?** No, si la paga de combate es **en adición** al salario básico por despliegue, y no fue recibido antes de que fueron desplegados, paga de combate no cuenta como ingreso.
17. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTEN OTROS PROGRAMAS QUE PODRÍAMOS APLICAR PARA?** Para información y referencia para el programa de suplemento de comida, asistencia temporal en efectivo y programas médicos llaman al 1-800-332-6347. Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a **301-644-5061.**

Atentamente,

*Robert D. Kelly*

Robert D. Kelly, Sr. Manager

**INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN**

Para solicitar las comidas gratis o a precio reducido, complete el formulario usando las instrucciones siguientes. Firmar el formulario y devolverlo a la escuela o de alimentos y servicios de nutrición. Si usted necesita ayuda, llame a **301-644-5061**.

**PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - COMPLETAN TODOS LOS HOGARES**

Indique el nombre de child(ren's), grado y la escuela. Indicar si un niño adoptivo marcando la casilla. Si todos los niños son hijos de crianza, vaya al Parte 5.

**PARTE 2 – NÚMERO DE CASO**

Si **cualquier** miembro de su familia recibe beneficios del programa de suplemento de alimentos (FSP) o asistencia temporal de dinero en efectivo (TCA), escriba el número de caso y saltar a la parte 5.

**Parte 3 – Desamparados, migrantes, fugitivo o niños HEADSTART**

1. Marque la casilla si hijos usted solicita son indigentes, fugitivo o migrantes.
2. Si usted tiene **no** sido dijo que su hijo obtendrá las comidas escolares gratis este año, completar la solicitud. También puede llamar a su **escuela, enlace de la comunidad o sin hogar Coordinador** para preguntar sobre beneficios.

**PARTE 4 – NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Y EL INGRESO BRUTO**

1. Lista el nombre y apellido de cada uno en su casa, si reciben ingresos o no. Su familia incluye a todos los que viven como una unidad económica. Incluirse, todos los niños que viven con usted, incluyendo hijos adoptivos y cualquier otra persona viviendo en su hogar, relación o no, cada tipo de ingreso recibido el mes pasado y con qué frecuencia se recibe, a menos que un número FSP o TCA fue proporcionado en la segunda parte de un miembro de la familia, o si la aplicación es sólo para niños de crianza de la lista. Usted debe indicar cuánto (en dólares y centavos) y con qué frecuencia recibido (semanalmente, cada dos semanas, dos veces un mes o mensualmente). **Si un miembro de su hogar tiene ingresos — Marque la casilla sin ingresos en la última columna.**
2. Informe todos los ingresos como **ingresos brutos**, excepto como se indica. Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Esto no es lo mismo que paga. Para negocios auto-propiedad, granja o ingresos por alquiler, reportar el ingreso como **utilidad neta**.
3. Si usted está en la iniciativa de privatización vivienda militar, no incluyen el subsidio de vivienda como ingresos. No incluyen el combate pago.

**PARTE 5 – FIRMA Y LA SEGURIDAD SOCIAL NÚMERO - COMPLETAN TODOS LOS HOGARES**

1. Todas las formas deben tener la firma de un miembro adulto del hogar.
2. El formulario debe tener los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma a menos que el adulto no tiene un número de Seguro Social. Si lo hace el adulto **no** tiene un número de Seguro Social, marque la casilla. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si aparece un número de expediente FSP o TCA, o si usted está solicitando solamente niños adoptivos.

**PARTE 6 – IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA**

1. no se requiere para responder a esta pregunta para obtener los beneficios de la comida. Esta información ayudará a asegurar que todo el mundo es tratado justamente.

**PARTE 7 – COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS**

1. Marque las casillas para indicar su preferencia por compartir o no compartir información con los programas indicados. Tu decisión no va a cambiar si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Eligibilidad de ingresos federales**

Tamaño del hogar	Año	Mes	Semana
1	\$21.775	\$1.815	\$419
2	29.471	2.456	567
3	37.167	3.098	715
4	44.863	3.739	863
5	52.559	4.380	1.011
6	60.255	5.022	1.159
7	67.951	5.663	1.307
8	75.647	6.304	1.455
Para cada miembro adicional de la familia añadida:	\$7.696	\$642	\$148

La ley Richard B. Russell nacional escuela almuerzo requiere la información en esta solicitud. No tienes que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social de la adulto miembro del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son necesarios cuando usted está solicitando solamente para los niños adoptivos, o lista de un programa de suplemento de alimentos o número de caso asistencia temporal en efectivo, o cuando usted indica que el adulto miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. **PODEMOS** compartir su información de elegibilidad con educación, salud y programas de nutrición para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditoría...

**Declaración de no-discriminación:** El Departamento de agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en las bases de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y donde creencias políticas aplicables, estado civil, situación familiar o parental, orientación sexual, o todo o parte del ingreso de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad protegida cabo o financiado por el departamento. (No todas prohibidas las bases se aplicarán a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja del programa de derechos civiles de discriminación, completar el formulario de quejas de discriminación del USDA programa, encontrado en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para el formulario de solicitud. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de reclamación completado o carta por correo al Departamento de agricultura de Estados Unidos, Director, Office of Adjudication, 1400 independencia Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Pueden contactar a personas sordas son con dificultades auditivas o tienen discapacidad discurso USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidades y el empleador.

*The Maryland State Department of Education no discrimina en base a edad, ascendencia, color, credo, identidad de género y expresión, información genética, estado civil, discapacidad, origen nacional, raza, religión, sexo o la orientación sexual en asuntos que afecten el empleo o en el acceso a los programas. Para consultas relacionadas con la política departamental, póngase en contacto con la garantía de equidad y Compliance Office, 410-767-0433 (voz) 410-333-6442 (TTY/TDD).*

**SOLICITUD DE BENEFICIO DE COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

**Año escolar 2015-2016** Complete toda la información de este formulario. **Retire la hoja cubierta de instrucciones.** Firmar y devolver el formulario a la escuela.  
Para ayuda, llame al 301-644-5061.

PARTE 1 - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				PARTE 2 - NÚMERO DE CASO
Nombre (s)	Check (✓) si hijo adoptivo Si aparecen <u>todos</u> los niños son hijos de crianza, vaya a la parte 5.	Grado	Escuela	Si procede, dar programa de suplemento de comida o asistencia temporal en efectivo caso número para <b>cualquier</b> miembro de la familia.
1.				Si se ha completado, saltar a la parte 5. Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social son <b>no</b> necesarios.
2.				
3.				
4.				

**PARTE 3 - SI USTED ESTÁ SOLICITANDO PARA CUALQUIER NIÑO ES DESAMPARADOS, MIGRANTE O UN FUGITIVO, MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y LLAME A SU ESCUELA, COMUNIDAD ENLACE COORDINADOR SIN HOGAR O.**  SIN HOGAR  MIGRANTES  RUNAWAY  HEADSTART

**PARTE 4 - HOGAR MIEMBROS E INGRESO BRUTO.** Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

LISTA DE NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Incluyen el estudiante nombrado arriba.	Ganancias del trabajo (antes de deducciones) ¿Con qué frecuencia ingresos	INGRESOS ADICIONALES Manutención de los hijos, pensión alimenticia, TCA, pensiones, jubilación, Seguridad Social, beneficios de SSI, VA ¿Con qué frecuencia ingresos		TODOS LOS DEMÁS QUENGRESOS ¿Con qué frecuencia ingresos	Cdiablo si <b>NO</b> ingresos
1.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>
2.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>
3.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>
4.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>
5.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>
6.	\$ .		\$ .	\$ .	<input type="checkbox"/>

**PARTE 5 – FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ADULTO DEBE FIRMAR)**

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud. **4 parte si se ha completado, el adulto firmando la lista de forma que los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o cheque (✓) el recuadro "No tiene un SSN".**  
Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se divulgan (promesa). Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (cheque) la información. Yo entiendo que si doy deliberadamente información falsa, mis hijos pueden perder beneficios de comida, y puede ser procesado.  
Sign here: \_\_\_\_\_ Print name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ Cell Number: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_ estado: Código postal \_\_\_: \_\_\_ número de Seguro Social: XXX-XX- \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  No tengo un SSN

**IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES PARTE 6 - NIÑOS (OPCIONAL)**

<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Seleccione uno o más (independientemente del origen étnico): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
---	---

**PA RT 7- Compartir información con otros programas**

El estatus de elegibilidad de sus hijos puede ser utilizado para otros autorizados propósitos, compartidos con los locales funcionarios del título I y utilizados para análisis National Assessment of Educational Progress. Tu familia también puede ser elegible para recibir beneficios bajo el programa de suplemento de alimentos (FSP) o las mujeres, infantes y niños (WIC) programa.  
a compartir su información con estos programas, **debemos tener su permiso.** Su decisión no cambiará si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido. Si quieres información compartida con FSP o WIC, consulte ( ) (✓) el sí de la caja por debajo. Usted podrá ser contactado acerca de presentar una solicitud para el FSP o WIC.  
 **Sí,** quiero la información compartida de la libre y la solicitud de beneficio de comidas de precios reducidos con  FSP o  WIC  
Niños que son elegibles para comidas escolares gratis o a precio reducido también pueden ser capaces de obtener seguro de salud gratis o de bajo costo a través de Medicaid o el programa de seguro de salud (MCHIP infantil MD). La ley nos permite informar a Medicaid y MCHIP que sus hijos son elegibles para libre o comidas a precio reducción si dices que no. Su decisión no cambiará si sus hijos recibir comidas gratis o a precio reducido. Si lo haces **no** quieren información compartida con Medicaid o MCHIP, consulte ( ) (✓)  núm.

**D O NO LLENE ESTA PARTE. UTILIZAR SOLAMENTE PARA ESCUELA.**

Conversión de ingresos anual: Semanales x 52 cada 2 semanas x 26 dos veces al mes x 24 mensuales x 12  
Ingresos totales: \$ \_\_\_ por:  Semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mes  Tamaño de hogar año: \_\_\_ Fecha de retirada: \_\_\_  
Elegibilidad: Libre \_\_\_ (categóricamente elegibles: \_\_\_) \_\_\_ reducido negó \_\_\_ motivo: \_\_\_  
Determinar la firma del funcionario: \_\_\_ Fecha: \_\_\_  
Confirmando la firma del funcionario: \_\_\_ Fecha: \_\_\_  
Verificación de la firma del funcionario: \_\_\_ Fecha: \_\_\_