

---

# NEEDHAM PUBLIC SCHOOLS -SPANISH

## 2020-2021 FREE & REDUCED MEAL APPLICATION PACKET

---

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Needham Public Schools ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. Desayuno en Eliot Mitchell cuesta \$ 2.00, y nuevo programa de desayuno en SA cuesta \$ 2.25. Primaria almuerzo cuesta \$ 3.25, Media y Alta Escuela almuerzo cuesta \$ 3.50. Sus hijos pueden calificar de forma gratuita o comidas a precio reducido. Precio reducido es de \$ 0.25 para el desayuno (Eliot y HS) y \$ 0.40 para el almuerzo.

Usted puede solicitar en línea yendo a [LunchApp.com](http://LunchApp.com) o puede llenar esta solicitud en papel.

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? No. Cuando llene la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, *use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su unidad familiar*. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud llena a: Ruth Griffin, Nutrition Service Director, Needham Public Schools, 1330 Highland Ave., Needham, MA 02492.
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas MA **SNAP**, **Food Distribution Program on Indian Reservations** o MA **TANF** pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su unidad familiar están dentro de los límites –en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos.
3. ¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar es elegible para recibir las comidas gratuitas, independientemente de los ingresos.
4. ¿PUEDEN LOS NIÑOS DESAMPARADOS, EN FUGA Y MIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o migrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a Ms. Mary Lammi, Assistant Superintendent, Student Support Services, en 781-455-0400 x11213 ul correo electrónico [Mary.Lammi@needham.k12.ma.us](mailto:Mary.Lammi@needham.k12.ma.us), para ver si califican.
5. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites establecidos en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud.
6. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS HAN SIDO APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Lea detenidamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al 781-455-0400x11219 si tiene alguna pregunta.
7. ¿LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Tiene que enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo califica para el nuevo año escolar.
8. ¿RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Llene la solicitud.
9. ¿SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ? Si. También posiblemente le pidamos que envíe prueba por escrito.

10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que tienen un padre, madre o tutor que queda desempleado tal vez pasen a ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de la unidad familiar caen por debajo del límite de ingresos.
11. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: Anne Gulati, Director of Financial Operations, 1330 Highland Avenue, Needham, MA, 02492-ph 781-455-0400x11206. O al correo electrónico Anne\_Gulati@needham.k12.ma.us.
12. ¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE UN MIEMBRO DE MI UNIDAD FAMILIAR NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
13. ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar, aunque sean o no sean parientes como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que son independientes desde el punto de vista económico (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una porción de los gastos) no las incluya.
14. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON UNIFORMES? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
15. ¿ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES, ¿INCLUIMOS NUESTRA SUBVENCIÓN DE VIVIENDA COMO INGRESOS? Si recibe una subvención para vivir fuera de la base militar, la tiene que incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative, no incluya la subvención de vivienda como ingreso.
16. ¿MI CÓNYUGE ESTÁ EN UN DESPLIEGUE EN LA ZONA DE COMBATE. ¿CUENTA SU PAGA DE COMBATE COMO INGRESO? No. Si recibe la paga de combate por encima de la paga básica debido al despliegue militar y no la recibía antes, entonces no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la escuela para recibir más información.
17. ¿MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para ver cómo solicitar beneficios del programa MA **SNAP** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al 1-866-950-3663.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al 781-455-0400 x11219.

*Si necesita ayuda, llame al teléfono: 781-455-0400 X11219.*

*Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero 781-455-0400 x11219.*

Atentamente,

**Ruth Griffin**

**Nutrition Service Director**



PARTE 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. **Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social".** (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

*Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\*\* - \* \* - \_\_\_\_ \_  No tengo número de Seguro Social

PARTE 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

*Elija un grupo étnico:*

Hispano/Latino

No hispano/Latino

*Elija una o más (independientemente del grupo étnico):*

Asiático

Amerindio o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Denied\_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free\_\_\_ Reduced\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)

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

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

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

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS para el año escolar 2020-2021			
Tamaño de la unidad familiar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$23,606	\$1,968	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$1,570
Cada persona adicional:	+8,288	+691	+160

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

## LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/SCHIP

---

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.* Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)



**¡No! NO** deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

Para obtener más información, puede llamar a Ruth Griffin, Nutrition Director al **781-455-0400 x 219** o enviar un mensaje electrónico a [Lunch\\_Account@needham.k12.ma.us](mailto:Lunch_Account@needham.k12.ma.us).

Envíe este formulario a: Nutrition Services at Needham Public Schools, 1330 Highland Avenue, Needham, MA 02492 .

## LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

---

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

Yo **NO QUIERO** que la información en mi solicitud para comidas gratis y de precio reducido escuela para ser compartido con cualquiera de estos programas.

---

¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **Departamento de Transporte**.

¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **Director de la Escuela y consejero de la direcci'on**.

¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa de **Educacio'n Comunitaria**, incluyendo Kinder Enriquecimiento Después de Escuela (KASE), Primaria Después de Enriquecimiento Escolar (EASE), Pollard Enriquecimiento Después de Escuela (PAS), antes / después de los programas escolares estructurados, Educación de Adultos y la Escuela de Verano.

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted marcó Sí en cualquiera o todas las casillas de arriba, su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

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