

*The Board of Education for SSSD & VTSD
of the County of Salem*



John R. Swain
Superintendent

Frank H. Maurer, III
Assistant Superintendent
Business Administrator/
Board Secretary

*Office of the Superintendent
880 Route 45
Woodstown, NJ 08098
(856) 769- 0101 ext. 5301
Fax: (856) 769- 3602*

John R. Swain
Superintendent

Jennifer K. Bates, Ed.D.
Assistant Superintendent
Business Administrator/
Board Secretary

Agosto de 2023

Estimados Padres / Tutores:

Adjunto encontrará el paquete de solicitud para solicitar comidas gratis o reducidas para su hijo.

Por favor, tenga en cuenta que los beneficios que su hijo puede haber recibido durante el año escolar previo en los Escuela de Carreras y Técnicas del Condado de Salem pueden continuar hasta la fecha en que una nueva solicitud sea revisada y aprobada, O hasta el 18 de octubre de 2023. Si no se ha recibido ninguna solicitud actual POR 18 de octubre de 2023 para un estudiante, se considerará que este estudiante no tendrá beneficios a partir del 19 de octubre de 2023 y todas las comidas compradas serán pagadas.

Si su hijo es nuevo en nuestro distrito, sus beneficios de comidas de su escuela anterior durante el año escolar 2023-2024 serán transferidos a la Escuela Preparatoria Profesional y Técnica hasta el 18 de octubre de 2023. Usted todavía debe completar una solicitud de almuerzo. Si su hijo califica para los beneficios de comidas cuando anteriormente no lo hicieron, la determinación se puede hacer dentro de unos días de la recepción de una solicitud completa.

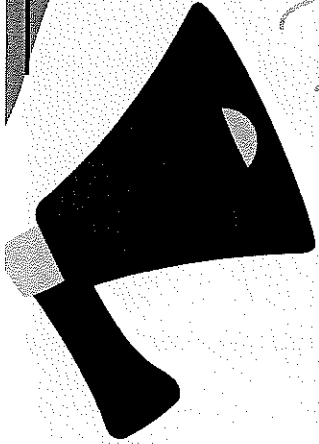
Si no desea solicitar beneficios, por favor complete la sección a continuación y devuelva ESTA HOJA SOLAMENTE a la escuela de su hijo.

Nombre del estudiante: _____

____ He recibido el paquete de solicitud para solicitar beneficios de comida para mi niño / niños, pero no deseo aplicar.

Nombre del padre (impreso): _____

Fecha de firma: _____



***Buenas Noticias!
Nuevo Programa
Expandido para
calificar a mas
estudiantes para
Comidas Escolares
Gratis!***

Aun si su niño no ha calificado anteriormente, su niño podría calificar para comidas sin costo alguno por medio de la nueva Ley Working-Class Families Anti-Hunger Act. Por favor comuníquese con el distrito escolar y solicite llenar una aplicación para Comidas Gratis o a Precio Reducido. Solicite hoy!





The Board of Education for SSSD & VTSD
of the County of Salem



John R. Swain
Superintendent

Jennifer K. Bates, Ed.D.
Assistant Superintendent/
Business Administrator

Office of the Superintendent
880 Route 45
Woodstown, NJ 08098
(856) 769- 0101 ext. 5301
Fax: (856) 769- 3602

Frank H. Maurer, III
Assistant Superintendent/
Business Administrator

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **SALEM CO BD FOR VOC EDUC.** ofrece alimentación sana todos los días. **Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.**

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>	<i>Elemental</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Superior</i>
Almuerzo	N/A	N/A	\$3.75	N/A	N/A	\$0.00
Desayuno	N/A	N/A	\$2.50	N/A	N/A	\$0.00
Meriendas despues del dia escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de Leche	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de medio día de leche en Kindegarten	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A - No Aplica						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla. También puede visitar <https://scvts.org/> para llenar la solicitud. Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP o NJ TANF/WorkFirst-NJ**.
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de "sin casa", "fugitivo", o "migrante".
- Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2023-2024			
Número de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	26,973	2,248	519
2	36,482	3,041	702
3	45,991	3,833	885
4	55,500	4,625	1,068
5	65,009	5,418	1,251
6	74,518	6,210	1,434
7	84,027	7,003	1,616
8	93,536	7,795	1,799
Cada persona adicional:	9,509	793	183

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico a la escuela, intermediario para los niños sin hogar o coordinador de migrantes.
3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" por todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a la escuela de cualquiera de sus niños.
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte su escuela inmediatamente.
5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? Si usted puede hacerlo, preferimos que complete la Solicitud por el internet en vez de una por escrito. La solicitud por internet requiere la misma información que por escrito. Contacte su escuela si tiene alguna pregunta sobre el proceso por internet.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante

el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.

10. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al

Nombre del Oficial de la escuela : Jennifer Bates Dirección: 880 Route 45, Woodstown, NJ - 08098
Teléfono: (856)769-0101 - 5346

11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí.
Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos norteamericanos para solicitar comida gratuita o de precio reducido.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual.
13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente.
14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para enterarse de cómo solicitar NJ SNAP u otros beneficios, contacte a su oficina local de asistencia al 1-800-687-9512 o visite nj.gov/humanservices/njsnap/apply/ways/. También puede contactar NJFamilyCare o Medicaid al 1-800-701-0710 o www.njfamilycare.org para más información sobre seguro médico para su familia. Para el Programa WIC, contacte a 1-800-328-3838 o visite www.nj.gov/health/fhs/wic.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al (856)769-0101 - 5303

Atentamente,

Signature:

Name: Jennifer Bates

Title: Business Administrator



Cómo solicitar comidas escolares sin costo y a precio reducido

Siga estas instrucciones para ayudarse a completar la solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido. Solo es necesario presentar una solicitud por hogar, **incluso si sus niños/as asisten a más de una escuela en el SCVTS**

La solicitud debe completarse en su totalidad para determinar la elegibilidad de su(s) niño(s) para recibir comidas escolares sin costo o a precio reducido. ¡Siga estas instrucciones en orden! Todos los pasos de las instrucciones son los mismos que los de su solicitud. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, comuníquese con Kaitlin Pedrick (856-769-0101 x5303) (kpedrick@scvts.org)

Use un bolígrafo (no un lápiz) al completar la solicitud y haga todo lo posible por escribir con letra de imprenta clara.

Paso 1: Enumere a **TODOS** los niños/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado

Díganos cuántos bebés, niños/as pequeños, niños/as que no van a la escuela y estudiantes de primaria, secundaria o preparatoria viven en su hogar. **NO** tienen que ser familiares suyos para formar parte de su hogar.

- ¿A quién debo mencionar aquí?** Cuando complete esta sección, incluya a **TODOS** los miembros de su hogar que son:
- niños/as de 18 años o menos y reciban sustento con los ingresos del hogar;
 - niños/as bajo su cuidado en virtud de un acuerdo formal de cuidado *foster* a través de un tribunal o de una agencia estatal o local, o que cumplan los requisitos para ser considerados menores sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar;
 - estudiantes que asisten, independientemente de su edad, a SCVTS

<p>A) Mencione el nombre de cada niño/a. Escriba en letra de molde el nombre de cada niño/a. Use una línea de la solicitud para cada niño/a. Cuando anote los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más niños/as presentes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel (o una segunda solicitud si se completa electrónicamente) con toda la información requerida para los niños/as adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de la inicial del segundo nombre. Escriba en el recuadro la primera letra del segundo nombre de cada niño/a.</p>	<p>B) ¿El niño/a es estudiante? En caso afirmativo, escriba el grado del alumno en la columna "Grado" de la derecha.</p>	<p>C) ¿Tiene algunos niños/as que son <i>foster children</i>? Si alguno de los niños/as que aparecen en la lista es un <i>foster child</i>, marque la casilla "<i>foster child</i>" junto al nombre del niño/a. Si SOLO solicita para niños/as que son <i>foster children</i>, después de terminar el Paso 1, continúe al Paso 4. Los niños/as que son <i>foster children</i> que viven con usted pueden considerarse miembros de su hogar y <u>deben incluirse en la solicitud</u>. Si presenta una solicitud tanto para niños/as que son <i>foster children</i> y que no son <i>foster children</i>, continúe al Paso 3.</p> <p><i>Nota:</i> Los niños/as adoptados no se consideran un <i>foster child</i>. Un <i>foster child</i> es un niño/a menor de edad bajo custodia estatal que se asigna a un adulto autorizado por el estado y que cuida al niño/a en lugar de su padre, madre o tutor legal.</p>	<p>D) ¿Hay niños/as sin hogar, migrantes o que huyeron del hogar? Si cree que alguno de los niños/as incluidos en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "sin hogar, migrante o huyó del hogar" junto al nombre del niño/a y <u>complete todos los pasos de la solicitud</u>. La condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar debe confirmarse con el personal del programa correspondiente. Si el distrito escolar no puede confirmar que el estudiante en esta solicitud tiene la condición de sin hogar, migrante o huyó del hogar, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. <u>Puede elegir proporcionar la información sobre sus ingresos ahora</u> para evitar que el distrito escolar tenga que comunicarse con usted más adelante.</p>
---	---	---	--

Paso 2: ¿Algún miembro del hogar participa actualmente en SNAP, TANF o FDIPIR?

Si algún miembro de su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los programas de asistencia que se mencionan a continuación, sus niños/as tienen derecho a recibir comidas escolares sin costo:

- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o <https://www.nj.gov/humanservices/njsnap/>
- Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o <https://www.state.nj.us/humanservices/dfid/programs/worktrstnj/>
- El Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés).

A) Si ningún miembro de su hogar participa en ninguno de los programas indicados anteriormente:

- Marque "No" en el Paso 2 y continúe al Paso 3.

B) Si algún miembro de su hogar participa en alguno de los programas mencionados:

- Escriba un número de caso para SNAP, TANF o FDIPIR. Solo necesita proporcionar un número de expediente. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, comuníquese con:
<https://www.nj.gov/humanservices/dfid/counties/>
- Continúe al Paso 4.

Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

¿Cómo informo mis ingresos?

- Use las listas tituladas "**Fuentes de Ingresos**" y "**Ejemplos de ingresos para niños/as**" que aparecen en página 2 del formulario de solicitud, para determinar si su hogar tiene ingresos que declarar.
- Informe todas las cantidades en la sección de **SOLO INGRESOS BRUTOS**. Informe sobre todos los ingresos en dólares redondeados. No incluya centavos.
 - Los ingresos brutos son los ingresos totales percibidos **antes** de impuestos y deducciones.
 - Muchas personas piensan que los ingresos son la cantidad que "se llevan a casa" y no la cantidad total "bruta". Asegúrese de que los ingresos que declara en esta solicitud **NO** se han reducido para pagar impuestos, primas de seguros o cualquier otra cantidad que se le haya descontado de su salario.
- Escriba un "0" en los campos en los que no haya ingresos que declarar. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío o en blanco también se contará como un cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales sospechan que sus ingresos familiares se declararon incorrectamente, se investigará su solicitud.
- Marque la frecuencia con la que recibe cada tipo de ingreso utilizando las casillas de verificación situadas a la derecha de cada campo.

3.A. Informe de los ingresos obtenidos por los adultos del hogar

¿A quién debo mencionar aquí?

- Al completar esta sección, incluya a **TODOS** los miembros adultos de su hogar que vivan con usted y compartan ingresos y gastos, aunque no sean familiares y aunque no perciban ingresos propios.
- **NO incluya:**
 - Personas que viven con usted, pero no reciben sustento con los ingresos de su hogar Y no aportan ingresos a su hogar.
 - Bebés, niños/as y estudiantes ya mencionados en el Paso 1.

Paso 3: Mencione a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada miembro

- 1) **Mencione los nombres de los miembros adultos del hogar.**
Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)". Incluya a los estudiantes universitarios, a menos que declaren sus impuestos de manera independiente (todos los estudiantes universitarios se consideran adultos). No incluya a ninguno de los miembros del hogar mencionados en el Paso 1.
 - 2) **Mencione los ingresos por trabajo.**
Indique todos los ingresos por trabajo en el campo "Ingresos por trabajo" de la solicitud. Se trata generalmente del dinero recibido por empleos. Si trabaja por cuenta propia o es propietario de una granja, declarará sus ingresos netos. Los ingresos netos son los ingresos después de restar los impuestos y las deducciones.
 - **¿Y si tengo varios trabajos?** Mencione cada trabajo por separado escribiendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.
 - **¿Qué pasa si trabajo de manera autónoma?** Indique los ingresos de su empresa como importe neto. Este importe neto se calcula restando los gastos totales de su empresa de sus recibos brutos (ingresos). Los ingresos brutos son todos los ingresos obtenidos por la venta de cualquier producto o servicio ofrecido.Si uno de los niños/as mencionados en el Paso 1 tiene ingresos, siga las instrucciones del Paso 3, Parte B.
 - 3) **Mencione los ingresos procedentes de asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores.**
Indique todos los ingresos que apliquen en el campo de "Asistencia pública, pensión alimenticia, manutención de menores". No informe el valor en efectivo de ninguna prestación de asistencia pública que NO aparezca en el cuadro. Si los ingresos provienen de la manutención de menores o de una pensión alimenticia, declare únicamente los pagos ordenados por el tribunal. Los pagos informales pero regulares deben consignarse como "otros" ingresos en la siguiente parte.
 - 4) **Mencione los ingresos procedentes de pensiones, jubilaciones u otros ingresos.**
Mencione todos los ingresos aplicables en el campo "Pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), todos los demás ingresos" de la solicitud.
 - **¿Qué ocurre si recibo ingresos de varias fuentes en esta categoría?** Mencione cada categoría por separado introduciendo su nombre y los ingresos de cada uno en una línea nueva. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.
 - 5) **Mencione la cantidad de miembros del hogar.**
Introduzca el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños/as y adultos)". Este número DEBE ser igual al número de miembros del hogar que se mencionan en el Paso 1 y el Paso 3. Si hay algún miembro de su hogar que no haya incluido en la solicitud, regrese a la solicitud y agréguelo. Es muy importante incluir a todos los miembros del hogar, ya que esto influye su derecho a recibir comidas sin costo y a precio reducido.
 - 6) **Indique los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social.**
Un miembro adulto del hogar debe introducir los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en el espacio proporcionado. Usted es elegible para solicitar beneficios incluso si no tiene un número del Seguro Social. Si ningún miembro adulto del hogar tiene número del Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha que dice "Marque si no tiene número del Seguro Social".
- ### **3.B Indique los ingresos obtenidos por los niños/as**
- Enumere todos los ingresos obtenidos o recibido por los niños/as.**
Enumere los ingresos brutos combinados de TODOS los niños/as mencionados en el Paso 1 de su hogar en la casilla "Ingresos de los niños/as". Solo cuente los ingresos de un *foster child* si solicita para ellos junto con el resto de los miembros del hogar.
- **¿Qué son los ingresos de los niños/as?** Los ingresos de los niños/as son dinero recibido fuera de su hogar que se paga **DIRECTAMENTE** a los niños/as. Muchos hogares no tienen ingresos de los niños/as.

Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

Todas las solicitudes deben ir firmadas por un adulto del hogar. Al firmar la solicitud, dicho adulto del hogar garantiza que la información incluida está completa y es verdadera. Antes de completar esta sección, asegúrese también de leer las instrucciones que aparecen en la página 2 de la solicitud.

A) Proporcione su información de contacto. Escriba su dirección postal actual en los campos previstos, si tiene esta información. Si no tiene dirección permanente, está bien. Compartir un número de teléfono, una dirección de correo electrónico, o ambos, es opcional, pero nos ayuda a localizarle rápidamente si necesitamos comunicarnos con usted.

B) Escriba y firme con su nombre y la fecha de hoy. Escriba en letra de molde el nombre del adulto que firma la solicitud y esa persona debe firmar en la casilla "Firma del adulto".

C) Envíe por correo la solicitud completa a:
SCVTS
880 Route 45
Woodstown, NJ 08098

Opcional

Comparta las identidades raciales y étnicas de los niños/as (opcional). En la página 2 de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y el origen étnico de los niños/as. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Esta información se solicita únicamente con el fin de determinar el cumplimiento por parte del estado de las leyes federales de derechos civiles y su respuesta no afectará a la consideración de su solicitud, y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de forma no discriminatoria.

Devuelva la solicitud directamente a la ESCUELA de su niño/a. NO envíe por correo, fax, ni correo electrónico las solicitudes completas o preguntas sobre las solicitudes a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) o se retrasará la elegibilidad de su niño/a para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Application #:

Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). **SY 2023-2024**

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:

DEVUELVALA A (nombre de la escuela o del distrito): SCVTS

DIRECCIÓN: 880 Route 45 Woodstown, NJ 08098

PASO 1 Enumere a **TODOS** los niños/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a **TODOS** los niños/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niños/as que asisten a otras escuelas, los niños/as que no asisten a la escuela y los niños/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niños/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar. El primer nombre del niño/a **MI** Apellido(s) del niño/a [Use la barra espaciadora para espacios] Nombre de la escuela **Grado** *Foster child* *Migrante* *Huyó del hogar* *Sin hogar*

MI	Apellido(s) del niño/a	Nombre de la escuela	Grado	Foster child		Migrante		Huyó del hogar		Sin hogar	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el 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 Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3. SÍ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBI, por sus siglas en inglés)):

PASO 3 Enumere a **TODOS** los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos del ejemplo	¿Con qué frecuencia se reciben?				Asistencia pública por alimentos, manutención	¿Con qué frecuencia se reciben?				¿Con qué frecuencia se reciben?			
		Semanalmente, 2 semanas	Cada 3 meses	Mensualmente	Anualmente		Semanalmente, 2 semanas	Cada 3 meses	Mensualmente	Anualmente		Cada 3 meses	Mensualmente	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Nombre de los miembros adultos del hogar (niños/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Ingresos de los niños/as

Marque si no tiene número de Seguro Social

¿Con qué frecuencia se reciben?

Semanalmente, 2 semanas Cada 3 meses Mensualmente Anualmente

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A:** Escriba aquí la dirección de la escuela **880 Route 45 Woodstown, NJ 08098**

Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario

Firma del adulto

Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional)

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de ingresos	
Ingresos del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones • ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) • Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: <ul style="list-style-type: none"> • pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia (FSSA, por sus siglas en inglés) ni subsidios para vivienda privada) • subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta
Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia	<ul style="list-style-type: none"> • beneficios por desempleo • compensación para los trabajadores • Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) • asistencia en efectivo del estado o el gobierno local • pagos de manutención • pago de pensión alimenticia • beneficios para veteranos • beneficios por huelga
Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> • seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) • pensiones privadas o beneficios por discapacidad • ingresos procedentes de fideicomisos o herencias • anualidades • ingresos por inversiones • intereses de depósitos • ingresos por arrendamiento • pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas

Ejemplos de ingresos de los niños/as
<ul style="list-style-type: none"> • Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario. • Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. • El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social. • Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos. • Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

OPCIONAL

Identidades étnicas y raciales de los niños/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niños/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

Devolva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

NO LLENAR 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. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	<input type="text"/>	How often?	<input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Every 2 Weeks <input type="radio"/> 2x/month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/> Annual	Household size	<input type="text"/>	Categorical Eligibility	<input type="checkbox"/>	Federal Income Eligibility	<input type="radio"/> Free <input type="radio"/> Reduced <input type="radio"/> Denied	If Federal Denied, Eligible for NIEET?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Determining Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	Confirming Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	Verifying Official's Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compramos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del orden público.

Asigúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, selección la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niños/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDIPI) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niños/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un foster child y para niños/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

Devolva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o reputación o retención por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARKET del USDA al (202) 726-2600 (voz TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

*Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o Correo electrónico: program.intake@usda.gov

*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____ Dirección: _____

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted NO desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.

