



## **Solicitud para el Almuerzo Gratis O A Precio Reducido**

### **VERIFICACION:**

1. **UNA SOLICITUD POR HOGAR**
2. **APUNTE A TODOS LOS ESTUDIANTES MATRICULADOS EN EL DISTRITO 75 (NO ES PARA LA SECUNDARIA DE MUNDELEIN)**
3. **TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL DOMICILIO DEBEN SER PUESTOS EN LA SOLICITUD**
4. **INGRESOS DEBEN SER PUESTOS EN BRUTO & LA FRECUENCIA DE PAGO  
(SEMANAL/CADA DOS SEMANAS/ DOS VESES AL MES O MENSUAL)**
5. **TODAS LAS FORMAS DEBEN SER FIRMADAS**
6. **2 TALONES DE CHEQUE MAS RECIENTES PARA TODOS EN EL HOGAR QUE GANAN SALARIO**

### **HORARIO DURANTE EL VERANO:**

**LUNES-JUEVES DE 7:30 A 3:30 DE LA TARDE**  
**CERRADO LOS VIERNES, SABADO, Y DOMINGO**

### **HORARIO DURANTE EL ANNO ESCOLAR:**

**LUNES-VIERNES DE 8:00 A 3:30 DE LA TARDE**  
**CERRADO LOS SABADO Y DOMINGO**

**FAVOR REGRESE ESTA SOLICITUD A LA OFICINA DEL DISTRITO  
EN EL HORARIO DE NEGOCIO**

***SI TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR LLAME AL (847) 949-2700***

## CARTA PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Apreciado Padre o Guardián:

Los niños necesitan de alimentos saludables para aprender. Mundelein ESD #75, ofrece comidas saludables cada día de clases. El desayuno cuesta \$1.00; almuerzo cuesta \$2.25. Es posible que sus niños califiquen para comidas gratis o descontadas. El precio reducido es de **\$0.30** para desayunos o **\$0.40** para almuerzos. Para solicitar las comidas gratis o descontadas, use la Solicitud de Elegibilidad del Hogar, anexada. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, por lo que debe asegurarse de llenar toda la información requerida. Regrese la solicitud completa a:

Nombre: María Treto-French

Dirección: 470 N Lake Street

Teléfono: 847-949-2700

*Estas son algunas de las respuestas a las preguntas que pueda tener al hacer la solicitud:*

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o descontadas?** Niños en hogares que reciben el Programa de Ayuda Nutritiva Suplementaria (SNAP) o Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y la mayoría de los niños de acogida pueden recibir comidas gratis sin importar su ingreso. También, si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de la Tabla Federal para el Ingreso, sus hijos pueden recibir comidas gratis o descontadas.
2. **¿La información que daré, será revisada?** Sí, es posible que le pidamos que mande el comprobante por escrito de la información provista.
3. **Mi niño recibe beneficios SNAP o TANF. La escuela me proveyó una carta que decía que mi hijo es elegible para las comidas gratis, por medio del proceso directo de certificación. ¿Necesito hacer otra cosa para que mi hijo reciba las comidas gratis?** No tiene que hacer nada más para recibir las comidas gratis. Si no desea recibir las comidas gratis, debería seguir los pasos mencionados en la carta para así notificar al personal de la escuela de inmediato.
4. **¿Necesito llenar una solicitud por cada niño?** No. Complete la solicitud para pedir las comidas gratis o descontadas. Use una Solicitud de Elegibilidad del Hogar para todos los estudiantes en su hogar. Nosotros no podemos aprobar una solicitud que no esté completa, por lo que debe asegurarse de llenar toda la información requerida. Regrese la solicitud completada a la persona que se menciona arriba.
5. **¿Las personas sin techo, fugitivos, emigrantes, o niños de Head Start pueden recibir comidas gratis?** Por favor, llame (o contacte a la escuela) para ver si sus niños califican, si no se le ha informado que ellos recibirán comidas gratis.
6. **¿Quién puede recibir comidas descontadas?** Sus niños pueden recibir comidas a precios bajos si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de precios reducidos que aparecen en la Tabla Federal para el Ingreso.
7. **Yo recibo ayuda del Programa Mujeres, Infantes y Niños (WIC). ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Los niños en hogares que reciben WIC es posible que califiquen para recibir comidas gratis o descontadas. Por favor, llene la solicitud.
8. **¿Puedo hacer la solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para comidas gratis o descontadas.
9. **¿A quién debería incluir como miembro de mi hogar?** Todas las personas que vivan en su hogar, relativos o no (como abuelos, otros parientes, o amistades). Debe incluirse usted y todos los niños que vivan con usted.
10. **¿Qué pasa si mi ingreso no siempre es el mismo?** Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si recibe normalmente \$1000 cada mes, pero no pudo trabajar completamente el mes pasado y recibió sólo \$900, coloque que recibe \$1000 al mes. Si recibe sobre-tiempo normalmente, inclúyalo, pero no si lo recibe poco.
11. **Estamos en el ejército. ¿Incluimos nuestro subsidio de vivienda como ingreso?** Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de la Vivienda Militar, no lo incluya como ingreso. Todos los otros subsidios deben incluirse como ingreso bruto.
12. **Si no califico ahora, ¿puedo aplicar después?** Sí. Puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar, si el tamaño de su hogar aumenta, el ingreso baja, o si comienza a recibir SNAP o TANF. Si pierde su trabajo, es posible que sus niños puedan recibir comidas gratis o descontadas, durante su desempleo.
13. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela acerca de mi solicitud?** Debería hablar con oficiales de la escuela. Puede solicitar una audiencia al llamar o escribir a la persona que se menciona arriba.

Sinceramente,

Adjunto

LHH (5/09)

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD**  
Complete Una Solicitud por Hogar Por Distrito Escolar

---

**Si su hogar recibe SNAP O TANF, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.**

**Parte 1:** Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado y el número de caso de SNAP o TANF. (Si necesita, anexe otra hoja.)

**Parte 2:** Salte esta parte

**Parte 3:** Salte esta parte

**Parte 4:** Salte esta parte

**Parte 5:** Firme el formulario (No se necesita un número de seguro social.)

**Parte 6:** Información de contacto (Opcional)

**Parte 7:** Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

**Parte 8:** Información de All Kids (Opcional)

---

**Si está aplicando por un niño sin techo, emigrante, fugitivo, o Head Start, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.**

**Parte 1:** Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado (Si necesita, anexe otra hoja de papel.)

**Parte 2:** Marque la casilla adecuada

---

**Si está solicitando por un NIÑO DE ACOGIDA, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.**

**Parte 1:** Use una solicitud por separado, por cada niño de acogida. Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado.

**Parte 2:** Salte esta parte

**Parte 3:** Marque la casilla y mencione el uso de ingreso personal de cada niño, al mes. Si no existe, anote \$0.00.

**Parte 4:** Salte esta parte

**Parte 5:** Firme el formulario (No se necesita un número de seguro social)

**Parte 6:** Información de contacto (Opcional)

**Parte 7:** Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

**Parte 8:** Información de All Kids (Opcional)

---

**TODOS LOS OTROS QUE VIVEN EN EL HOGAR, incluyendo Mujeres, Infantes, y Niños (WIC), siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.**

**Parte 1:** Mencione el nombre de cada niño, escuela, edad, grado (Si necesita, anexe otra hoja de papel.)

**Parte 2:** Salte esta parte

**Parte 3:** Salte esta parte

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar.

**Columna 1—Nombre:** Mencione el apellido y el nombre de cada persona que vive en el hogar, relativo o no (como abuelos, otros parientes, o amistades). Debe incluirse y todos los niños que viven con usted. Si necesita, anexe otra hoja.

**Columna 2—Ingreso bruto actual y la frecuencia en que se recibió.** Al lado de cada persona mencione el tipo de ingreso recibido. En la columna 1, liste el ingreso bruto de cada persona ganado por trabajar. Esto no es lo mismo que el pago que se lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de pagar impuestos y otras deducciones.** La cantidad debe aparecer en su talón de pago, o su jefe le puede decir. En la columna 2, liste la cantidad que cada persona recibió de ayuda pública, manutención, o pensión compensatoria. En la columna 3, liste pensiones, jubilación, seguro social, y en la columna 4, liste *Todo Otro Ingreso*, como compensación del trabajador, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI), Beneficios de Veteranos (VA), incapacidad, aportes regulares de personas que no viven en su hogar, y *Cualquier Otro Ingreso*. **Al lado de la cantidad, anote la frecuencia en que la persona lo recibe, (semanal, cada otra semana, dos veces al mes, mensualmente).** Reporte el ingreso neto de su propio negocio, granja, o ingreso de alquiler. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya esa cantidad.

**Columna 3—Marque si no tiene ingresos:** Si la persona no recibe ningún ingreso, marque esa casilla.

**Parte 5:** Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y colocar su número de seguro social, o marcar la casilla si él o ella no tienen uno.

**Parte 6:** Información de contacto (Opcional)

**Parte 7:** Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

**Parte 8:** Información de All Kids (Opcional)

---

**Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información provista.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell necesita la información de esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o descontadas a su hijo. Debe incluir el número de seguro social del adulto miembro del hogar que firma este formulario. El número de seguro social no se requiere cuando aplique a nombre de un niño de acogida o usted provee el número de caso del Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su niño, o cuando indique que el adulto miembro que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos esa información para determinar si su niño califica para recibir comidas gratis o descontadas, en la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación y salud para ayudarlos a evaluar los fondos o determinar los beneficios para sus programas, auditores para la revisión de programas, y oficiales de policía para ayudarlos a buscar violaciones de las reglas del programa.

**Declaración Anti-discriminatoria: Esto explica qué debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente.** De acuerdo con las leyes Federales y la política del Departamento de Agricultura de los E.U.A., a esta institución se le prohíbe discriminar según la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, and Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.

---

**SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA**  
 Marque si la Solicitud Tiene un Error

**Parte 1. Niños en la Escuela (Use una solicitud separada por cada niño de acogida)**

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN LA ESCUELA (Nombre de la Escuela) No. de CASO SNAP O TANF (si existe, por niño) Vaya a Parte 5 si da un No. de caso SNAP o TANF  
 (Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido) (Grado)

**Parte 2. Sin Techo, Emigrante, Fugitivo, o Head Start (Elegibilidad Categórica)**

Sin techo  Fugitivo (Firma del Encargado Sin Techo de su Escuela, Coordinador Emigrante, o Director Head Start (Fecha)  
 Emigrante  Head Start

**Parte 3. Niño de Acogida**

Si esta solicitud es para un niño que es la responsabilidad legal de la corte o agencia de ayuda pública, marque la casilla a la izquierda. Vaya a Parte 5  
 Liste la cantidad del ingreso de uso personal del niño, al mes. Si no existe, indique \$0.00 .....\$ \_\_\_\_\_

**Parte 4. Ingreso Total Bruto del Hogar (antes de las deducciones) Debe decirnos la cantidad y la frecuencia.**

1. NOMBRES (MENCIONE A CADA UNO EN EL HOGAR)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE (Ejemplo: \$100/mes; \$100 /dos veces al mes; \$100/cada otra semana; \$100/semana)				3. Marque si NO hay Ingreso				
	Ganancias del Trabajo (Antes de las deducciones)		Ayuda Pública, Manutención, Pensión Compensatoria			Pensiones, Jubilación, Seguro Social		Comp. Trabajador, Desempleo, SSI, etc. (Todo otro Ingreso)	
A.	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	<input type="checkbox"/>
B.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
C.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
D.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
E.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Debe ser firmado por un adulto)**

Un adulto miembro del hogar debe firmar esta solicitud. Si la Parte 4 se completa, el adulto que firma el formulario también debe dar su número de seguro social o marcar la casilla que dice *Yo no tengo un número de seguro social.*  Yo no tengo un número de seguro social.  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
*Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todo el ingreso. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado. Comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Comprendo que si doy intencionalmente información falsa, es posible que mis niños pierdan sus beneficios de comidas, y yo pueda ser enjuiciado.*

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del Adulto Miembro del Hogar \_\_\_\_\_ Firma del Adulto Miembro del Hogar \_\_\_\_\_ Dirección del Adulto Miembro del Hogar \_\_\_\_\_

**Parte 6. Información de Contacto (Opcional)**

Número Telefónico del Trabajo (con código de área) \_\_\_\_\_ Número Telefónico del Hogar (con código de área) \_\_\_\_\_ Dirección del Hogar (número, calle, ciudad, código postal) \_\_\_\_\_

**Parte 7. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)**

Marque una identidad étnica:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  
 Marque una o más identidades raciales:  Asiático  Negro o África-americano  Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacífico  
 Blanco  Indígena de América o Nativo de Alaska

**Parte 8. Compartiendo Información con All Kids—All Kids es un programa completo para el cuidado de salud para cada niño de Illinois.**

**¡NO!** deseo que información de mi Solicitud de Elegibilidad del Hogar se comparta con All Kids. *Firme Aquí:* \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA—LEA debe usar la conversión anual en todas las solicitudes en el distrito.**

**DETERMINACIÓN INICIAL** Conversión del Ingreso Anual Semanal X 52 Cada 2 Semanas X 26 Dos Veces al Mes X 24 Una Vez al Mes X 12

INGRESO TOTAL: \$ \_\_\_\_\_ Por:  Sema-na  Cada 2 Semanas  Dos Veces al Mes  Al mes  Al año NÚMERO EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_ CAMBIO EN EL ESTATUS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Gratis en base a:  elegibilidad categórica  sin techo  emigrante  fugitivo  Head Start  
 Descontado en base a:  ingreso del niño de acogida  ingreso del hogar  SNAP o TANF  ingreso del niño de acogida  ingreso del hogar  
 Negado—Razón:  demasiado ingreso  solicitud incompleta  
 Temporal:  gratis  descontado Hasta: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ (máximo es 45 días c/u) FECHA DE RETIRO: \_\_\_\_\_

Firma del Oficial que Determina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONFIRMACIÓN (Antes de verificar y sólo para solicitudes a ser verificadas.)** Firma del Oficial que Confirma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**VERIFICACIÓN**

FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL AVISO DE VERIFICACIÓN: _____	DETERMINACIÓN INICIAL <input type="checkbox"/> Gratis en base al no. de caso SNAP/TANF <input type="checkbox"/> Gratis en base al ingreso <input type="checkbox"/> Descontado en base al ingreso	RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Sin Cambio <input type="checkbox"/> Desc. a Gratis <input type="checkbox"/> De Gratis a Desc. <input type="checkbox"/> Desc. a Pagado <input type="checkbox"/> De Gratis a Pagado	RAZÓN POR EL CAMBIO: <input type="checkbox"/> Ingreso: _____ <input type="checkbox"/> No Respondió <input type="checkbox"/> Tamaño del Hogar: _____ <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF	FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL CAMBIO DE ESTATUS: _____  FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DE ESTATUS: _____
---	---	---	--	--

FECHA QUE SE DEBE RECIBIR RESPUESTA DEL HOGAR: (se recomiendan 10 días del calendario) \_\_\_\_\_

FECHA, MÉTODO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO: (3 días hábiles recomendados) \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Firma del Oficial que Verifica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_