

Estimados padres/guardianes:

Los niños necesitan alimentos saludables para poder aprender. Las Escuelas Públicas de Wyoming ofrecen alimentos saludables cada día del año escolar. Los estudiantes pueden comprar comida por \$1.95 y más y desayunos por \$1.35 y más. Sus hijos pueden calificar para alimentos gratis o por un precio reducido. Nosotros vendemos comidas reducidas por \$0.40 y desayunos por \$0.30. Si un doctor tiene determinado que su hijo/a tiene una incapacidad y esa incapacidad lo previene de comer la comida regular de la escuela, nosotros haremos *cualquier sustitución prescrita por un doctor licenciado* sin costo adicional. La declaración del doctor, incluyendo la dieta prescrita y/o la sustitución, deben mandarse al departamento de servicios de alimentos de su escuela. Para más información, por favor, llame al 616-530-7522.

1. ¿YO NECESITO LLENAR UNA APLICACIÓN PARA CADA NIÑO?

No. Llame la aplicación para aplicar para alimentos de la escuela a precio reducido o gratis. Use una Aplicación para Alimentos Gratis o Reducidos para todos los estudiantes en su hogar. Nosotros no podemos aprobar una aplicación que no esté completa, por lo que, asegúrese de llenar toda la información requerida. Devuelva la aplicación llena a: WPS Food Service, 2181 Prairie Parkway, Wyoming, WY 82001.

2. ¿QUIEN PUEDE RECIBIR ALIMENTOS GRATIS?

Los niños en hogares que reciben Asistencia para Alimentos (FAP), Programa de Familia Independiente (FIP), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones de Indios (FDPIR) pueden recibir alimentos gratis a pesar de su ingreso. También, sus hijos pueden recibir alimentos gratis si el ingreso de su hogar se encuentra en los límites de las Normas de Ingresos Federales.

3. ¿LOS NIÑOS ADOPTADOS PUEDEN RECIBIR ALIMENTOS GRATIS?

Si, los niños adoptados que están bajo la responsabilidad del cuidado de una agencia de adopción o por la corte, son elegibles para alimentos gratis. Cualquier niño adoptado en el hogar es elegible para alimentos gratis sin importar sus ingresos.

4. ¿LOS NIÑOS SIN HOGAR, ESCAPADOS Y MIGRANTES PUEDEN RECIBIR ALIMENTOS GRATIS?

Si, los niños que reúnen la definición de sin hogar, escapados o migrantes califican para alimentos gratis. Si usted, no ha recibido noticias de que sus hijos van a recibir alimentos gratis, por favor, llame a Paula Skoog, 616-530-7550, la coordinadora de conexión para personas sin hogar o migrantes, para ver si sus hijos califican.

5. ¿QUIEN PUEDE RECIBIR ALIMENTOS A PRECIO REDUCIDO?

Sus hijos, pueden recibir alimentos a bajo costo si sus ingresos en su hogar caen dentro de los límites para precio reducido en las Normas de Ingresos Federales.

6. ¿YO DEBO LLENAR UNA APLICACIÓN SI RECIBO UNA CARTA EN ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS ESTAN APROBADO PARA ALIMENTOS GRATIS?

Por favor, lea la carta que usted recibió cuidadosamente y siga cualquier instrucción, si le ha sido provista. Llame a la escuela al 616-530-7522 si tiene alguna pregunta.

7. LA APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿YO NECESITO LLENAR OTRA?

Si. La aplicación de su hijo/a es solamente buena para el año escolar pasado y para los primeros días de este año escolar. Usted debe mandar una aplicación nueva a no ser que la escuela le diga que su hijo/a es elegible para el nuevo año escolar.

8. YO RECIBO APOYO DE ALIMENTOS PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC). ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR ALIMENTOS GRATIS?

Los niños en hogares participando en el WIC pueden ser elegibles para alimentos gratis o reducidos. Los hogares con el WIC deben llenar una aplicación.

9. ¿LA INFORMACION QUE YO DOY SERA VERIFICADA?

Si, nosotros le podemos pedir que mande por escrito prueba de alguna información provista en la aplicación.

10. ¿SI YO NO CALIFICO EN ESTOS MOMENTOS, PUEDO APLICAR LUEGO?

Si. Usted puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar si su hogar cambia de tamaño, los ingresos bajan o si ha comenzado a recibir FAP, FIP, FDPIR, u otro beneficio. Si usted pierde su trabajo, sus hijos pueden recibir alimentos gratis o reducidos.

11. ¿QUE SUCEDE SI YO NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN ACERCA DE MI APLICACION?
Usted debe hablar con los oficiales de la escuela. También, puede pedir una junta llamando o escribiendo a: Don Hebler, 2181 Prairie Parkway, Wyoming, MI 49519.
12. ¿PUEDO APLICAR AUNQUE ALGUIEN NO SEA CIUDADANO AMERICANO EN MI HOGAR?
Si. Usted y sus hijos no tienen que ser ciudadanos americanos para calificar para alimentos gratis o reducidos.
13. ¿A QUIEN DEBO INCLUIR COMO MIEMBRO DE MI HOGAR?
Usted debe incluir todas las personas que viven en su hogar, familiares o no (como abuelos, otros familiares o amistades) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse y a todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independiente (por ejemplo, personas que no la ayudan, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una parte de los gastos), no los incluya.
14. ¿QUE SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES?
Apunte la cantidad que normalmente recibe. Po ejemplo, si normalmente recibe \$1000 cada mes, pero perdió algún tiempo de trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, ponga que recibe \$1000 cada mes. Si normalmente hace tiempo adicional, inclúyalo, pero no lo haga si es solamente a veces. Si usted ha perdido su trabajo o sus horas han reducido, use su ingreso actual.
15. ESTAMOS EN EL EJERCITO, ¿NOSOTROS DEBEMOS INCLUIR NUESTRA ASIGNACION DE PAGO?
Si usted recibe asignación de pago para el hogar fuera de la base, debe incluirse como ingreso. Pero, si su hogar es parte de la Iniciativa Privatizada de Hogares del Ejército, no lo incluya como ingreso.
16. ¿QUE SUCEDE SI MI HIJO/A NO TIENE SEGURO DE SALUD?
Sus hijos pueden calificar para seguro de salud a bajo costo o gratis mediante el Programa MIchild y Healthy Kids. Para aplicar en la red, vaya a www.michigan.gov/michild o llame al 1-888-988-6300 para ayuda o para pedir una aplicación de papel.
17. MI ESPOSO/A HA SIDO MANDADO A UNA ZONA DE COMBATE. ¿EL PAGO DE COMBATE CUENTA COMO UN INGRESO?.
No, si el pago por combatir es recibido adicionalmente de su pago básico porque ha sido mandado y no ha sido recibido antes de que fuera mandado al combate, el pago por combatir no cuenta como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.
18. MI FAMILIA ENCESITA MAS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS EN LOS QUE YO PUEDA APLICAR?
Para averiguar cómo aplicar para Programas de Asistencia de Alimentos (FAP) u otros beneficios, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 1-800-481-4989.

Tamaño de la Familia	Anual	Mensual	Dos veces semanal	Cada dos semanas	Semanal
1	\$20,147	\$1,679	\$840	\$775	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$1,134	\$1,047	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$1,429	\$1,319	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$1,723	\$1,591	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$2,018	\$1,863	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$2,312	\$2,134	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$2,607	\$2,406	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$2,901	\$2,678	\$1,339
*para cada miembro del hogar adicional agregar:	\$7,067	\$589	\$295	\$272	\$136

INSTRUCCIONES PARA APLICAR:

Sus hijos pueden calificar para alimentos gratis o a precio reducido si los ingresos en su hogar caen dentro de los límites en esta gráfica.

SI SU FAMILIA RECIBE FAP, FIP, O FDP, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: No llene esta parte.

Parte 2: Apunte el número del caso de cada miembro (incluyendo adultos) que reciben FAP, FIP, o FDP.

Parte 3: Apunte el nombre, grado y escuela de los niños.

Parte 4: No llene esta parte.

Parte 5: Firme y ponga fecha a la forma. No es necesario un Seguro Social.

Parte 6: Conteste esa pregunta.

Si usted está aplicando para una persona sin hogar, migrante o niño escapado, marque la categoría correcta y comuníquese con su contacto de personas sin hogar o el Coordinador de Migrantes. Llene la aplicación y siga las instrucciones siguientes para **TODOS LOS DEMAS EN EL HOGAR.**

SI USTED ESTA APLICANDO PARA NIÑOS ADOPTADOS SOLAMENTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: No llene esta parte.

Parte 2: No llene esta parte.

Parte 3: Apunte el nombre de los niños adoptados, circule Si para el niño adoptado y apunte el grado y la escuela.

Parte 4: No llene esta parte.

Parte 5: Firme y ponga fecha a la forma. No es necesario un Seguro Social.

Parte 6: Conteste esa pregunta.

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES PARA TODOS LOS DEMAS MIEMBROS DEL HOGAR: (Incluya miembros con WIC, sin hogar, migrante, escapado del hogar y hogares con niños adoptados o sin niños adoptados también).

Parte 1: Llenar si es aplicable.

Parte 2: No llene esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar **TODOS** los miembros del hogar:

Columna 1 - Nombres: apunte el primer nombre y el apellido de cada persona que vive en su hogar, familia o no (abuelos, otros familiares o amistades). Usted *debe* incluirse y a todos los niños que viven con usted. Asegúrese, de incluir todos los niños. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2 - Circule *SI, si es Niño adoptado (Foster)*: Circule *No*, si es aplicable.

Columna 3 – Grado: Apunte el grado para cada niño atendiendo la escuela.

Columna 4 – Nombre del Edificio: apunte el nombre del edificio de la escuela de cada niño.

Parte 4: **INGRESOS COMPLETOS:** Use esta sección para reportar todo el ingreso recibido en su hogar el mes pasado: *Al lado de la cantidad, circule cuantas veces lo recibe (semanal cada 2 semanas, 2 veces al mes o mensual)*. Esta sección es para reportar todos los ingresos en su hogar del mes anterior:

Al lado del nombre y apellido de cada persona, apunte cada tipo de Ingreso o indique que no ha recibido ingresos el mes pasado. *Al lado de la cantidad, circule con cuanta frecuencia la persona lo recibió (semanal, cada 2 semanas, dos veces al mes o mensual)*.

Todas las personas deben apuntar algún ingreso o indicar que no han recibido ingresos. Si una persona, incluyendo un niño apuntado en la parte 3, no tiene ingresos, entonces debe circular \$0 en la columna que dice "Circular si NO tiene ingresos".

- o *Ingresos del trabajo:* Apunte el ingreso total de cada persona que ha recibido por trabajar. Esto no es lo mismo que el dinero que lleva al hogar. *El pago total es la cantidad de ingreso antes de hacerles las deducciones, incluyendo los impuestos.* El ingreso neto SOLAMENTE debe reportarse si es un negocio propio, del trabajo en el campo o ingreso de renta.
- o *Welfare(subsidio estatal), Apoyo Económico de Niños y Pensión Alimenticia:* apunte la cantidad que cada persona recibió el mes pasado.
- o *Pensiones, Retiros y Seguro Social:* apunte la cantidad que cada persona recibió el mes pasado.
- o *Todos los Otros Ingresos: Todos los Otros Ingresos* incluyen, Compensación de Trabajo, Desempleo, Beneficios por Huelga, Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI), beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), beneficios de incapacidad, contribución de personas que no viven en su hogar, ingreso personal de niños adoptados y cualquier otro ingreso.

Parte 5: Un adulto de su hogar *debe* firmar y fechar la forma, apuntar los últimos 4 dígitos de su *Seguro Social* o marcaren la caja de "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Parte 6: Contestar esta pregunta.

APLICACION DE ALIMENTOS GRATIS O REDUCIDOS PARA LAS FAMILIAS DE LAS ESCUELAS

Parte 1 - Si el niño por el que está aplicando no tiene hogar, es migrante o se fue de su hogar, revise la categoría apropiada y verifique con el coordinador de migrantes o el intermediario de personas sin hogar al distrito/escuela
 Sin hogar _____ Migrante _____ no está en su hogar _____ apunte el nombre, el grado y el edificio en la Parte 3.

Parte 2 - Si algún miembro de su hogar ha recibido Asistencia de Alimentos (FAP), Familia Independiente (FIP) o FDPIR, provea el nombre y número del caso de la persona que recibe beneficios.
 Nombre: _____ Número del caso: _____ Números de Tarjeta Bridge y de medicais NO SON ACEPTABLES como número del caso.
 Si provee un número del caso, pues solamente necesitan apuntar los estudiantes en la Parte 3.

Parte 3 - Nombres de los miembros de la familia- Apunte debajo *todas* las personas en su hogar, estudiantes y no estudiantes, niños adoptados, familiares o no. Por ejemplo, abuelos, otros familiares y/o amistades, incluyendose usted y niños que viven con usted, *deben apuntarlo*. **Parte 4 - Entrada total sin Impuestos - incluya la cantidad de dinero y circule cuantas veces es recibido. Si la persona no**

Nombres	Circular SI - hijo adoptado	Grado (si es aplicable)	Nombre del Edificio (si es aplicable)	Circular si no tiene entrada	Ganancia del trabajo (antes de deducciones e impuestos)		Subsidios Estatal, Apoyo de Niños, pensión alimenticia		Pensiones, Retiro, Seguro Social		Alguna Otra Entrada			
					semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas		
Ejemplo: <i>Jane Doe</i>	Si			\$0	\$600	2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual	\$250	2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual
1	Si			\$0		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas
2	Si			\$0		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual
3	Si			\$0		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas
4	Si			\$0		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual
5	Si			\$0		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas
6	Si			\$0		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual
7	Si			\$0		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas		semanal	cada 2 semanas	semanal	cada 2 semanas
8	Si			\$0		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual		2 veces mensual	mensual	2 veces mensual	mensual

Parte 5 - La firma y los últimos 4 dígitos del Seguro Social de un adulto (Un adulto miembro del hogar DEBE firmar y escribir la fecha).

Si llenó la Parte 4, el adulto que firma la forma debe también apuntar los últimos 4 dígitos de su seguro social o marcar la caja que dice "no tengo seguro social". Mire la declaración de Acto de Privacidad en la parte de atrás de esta página.

Yo certifico (prometo) que la información en esta aplicación es verdadera y que toda la entrada se ha reportado. Yo comprendo que el patrocinador va a obtener fondos federales basado en la información aquí escrita. Yo ocmprndo que los oficiales del patrocinador pueden verificar (revisar) esta información y que si yo intencionalmente he dado información falsa, mi hijo/a puede perder los beneficios y yo puedo ser legalmente juzgado/a.

Firmar Aquí: X _____ Escribir su nombre: _____ Fecha: _____

Los últimos 4 Dígitos del Seguro Social de un Adulto: XXX-XX-_____ Yo no tengo Número de Seguro Social

Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado
Teléfono del Hogar/Cellular	Teléfono del trabajo	Email(correo electrónico)	Al proveer su email, usted puede recibir la notificación de su elegibilidad para alimentos gratis o reducidos via email.

Parte 6 - Raza del niño/a -Identidad Etnica (opcional)

Marcar una o más identidades raciales:

Marcar una Identidad Etnica:

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático

Hispano o Latino

Moreno o Afro Americano

Blanco

No es Hispano o Latino

Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico

Otro

Información del Acto de Privacidad: Número del Seguro Social

El Acto Legal de Alimentos de las Escuelas de Richard B. Russell requiere esta información en esta aplicación. Usted no tiene que dar esta información, pero, si no lo hace, no podremos aprobar a su hijo/a para el precio reducido o gratis para alimentos. Usted, debe incluir, los últimos 4 dígitos del seguro social de un adulto de su hogar al firmar esta aplicación. El seguro social no es requerido cuando usted aplica para un hijo/a adoptado/a, cuando apunta el número del caso de un FAP o FIP u otra identificación del FDIPIR para su hijo/a o indica que el adulto que está firmando la aplicación no tiene seguro social. Nosotros usaremos la información para determinar si su hijo/a es elegible para alimentos gratis o reducidos y para la administración y refuerzos del programa de alimentos. Quizás compartiremos la información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición, para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisión de los programas y los oficiales de refuerzos de la ley para ayudarlos a mirar por violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de No Discriminación: Esto explica lo que hay que hacer si usted cree que ha sido tratado/a injustamente.

De acuerdo con la póliza de la Ley Federal y del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución, discrimine en base de la raza, el color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Para llenar un reclamo de discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (mensaje). Los individuos que tienen daños para oír o tienen incapacidades para hablar pueden comunicarse al USDA mediante el Servicio Federal de Relay (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (en Español). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades de igualdad para todos.

VERIFICACION -PARA EL USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE (no escriba aqui debajo)

Date Selected for Verification: _____		Date Follow-up/Second Notice: _____		Date of Adverse Notice Sent: _____
Confirming Officials Signature: _____		Follow-up Official's Signature: _____		
Response Due from Household: _____		Verification Official's Signature: _____		
FAP/FIP/FDIPIR/Foster Eligibility: <input type="checkbox"/> Not confirmed <input type="checkbox"/> Confirmed: <input type="checkbox"/> Department of Human Services <input type="checkbox"/> Notice of Eligibility	\$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	Income <input type="checkbox"/> Wage Stubs <input type="checkbox"/> Written Documents <input type="checkbox"/> Collateral Contact <input type="checkbox"/> Agency Records <input type="checkbox"/> Other _____	Verification Result <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid <input type="checkbox"/> No Change	Reason for Eligibility Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Household Size <input type="checkbox"/> Refused to Cooperate <input type="checkbox"/> Other _____

APPROVAL/DISAPPROVAL - FOR SCHOOL USE ONLY

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

Household Size: _____ Total Gross Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual	_____ Number of Children Free _____ Number of Children Reduced _____ Number of Children Paid _____ Temporary Free - Time Period: _____ (expires after _____ days)	Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other (specify) _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ **Date Dropped/Withdrawn:** _____