

Solicitudes de Elegibilidad del Hogar
(Carta para los hogares, solicitud e
instrucciones para llenar la solicitud) para el
**Programa Nacional de Almuerzos y
Desayunos Escolares.**

Todas las tres páginas se deben distribuir.

LETTER TO HOUSEHOLDS

Dear Parent or Guardian:

Child(ren) need healthy meals to learn. Calumet Public School District 132, offers healthy meals every school day. Breakfast costs \$1.00; lunch costs \$1.40. Your child(ren) may qualify for free meals or for reduced-price meals. Reduced-price is **\$0.30** for breakfast and **\$0.40** for lunch. To apply for free or reduced-price meals, use the Household Eligibility Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. Return the completed application to:

Name: Veronica James
 Address: 1440 W. Vermont Street, Calumet Pk, IL
 Telephone: 708-388-8920 x 4811

Your child(ren) may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME GUIDELINES
 (Effective from July 1, 2009, to June 30, 2010)

Household Size	Reduced-Price Meals 185% Federal Poverty Guidelines				
	Annual	Monthly	Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
For each additional family member, add	6,919	577	289	267	134

Here are answers to questions you may have about applying:

- Who can get free or reduced-price meals?** Children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your children can get free or reduced-price meals.
- Will the information I give be checked?** Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.
- My child receives SNAP or TANF benefits. The school provided me a letter that stated that my child is eligible for free meals via the Direct Certification Process. Do I need to do anything more to ensure that I receive free meals for my child?** No. You do not need to do anything more to receive the free meals. If you do not wish to receive the free meals, you should follow the steps outlined in the letter from the school to notify school personnel immediately.
- Do I need to fill out an application for each child?** No. Complete the application to apply for free or reduced-price meals. Use one Household Eligibility Application for all students in your household. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. Return the completed application to person listed above.
- Can homeless, runaway, migrant or Head Start children get free meals?** Please call (or contact the school) to see if your child(ren) qualifies, if you have not been informed that they will receive free meals.
- Who can get reduced-price meals?** Your children can get low-cost meals if your household income is within the reduced-price limits on the Federal Income Chart, shown on this application.
- I get Women, Infants, and Children (WIC). Can my child(ren) get free meals?** Children in households participating in WIC may be eligible for free or reduced-price meals. Please fill out an application.
- May I apply if someone in my household is not a U.S. citizen?** Yes. You or your child(ren) do not have to be a U.S. citizen to qualify for free or reduced-price meals.
- Who should I include as members of my household?** You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children who live with you.
- What if my income is not always the same?** List the amount that you normally get. For example, if you normally get \$1000 each month, but you missed some work last month and only got \$900, put down that you get \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you get it only sometimes.
- We are in the military. Do we include our housing allowance as income?** If your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. All other allowances must be included in your gross income.
- If I do not qualify now, may I apply again later?** Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting SNAP or TANF. If you lose your job, your children may be able to get free or reduced-price meals during the time you are unemployed.
- What if I disagree with the school's decision about my application?** You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to the person listed above.

Sincerely,

Enclosure
 LHH (6/09)

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

(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido) (Nombre de la Escuela)

No. de CASO SNAP O TANF (si existe, por niño) (Grado) Vaya a Parte 5 si da un No. de caso SNAP o TANF

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

- Sin techo Fugitivo
 Emigrante Head Start

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

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.
 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.

_____-_____-_____
 Número de Seguro Social

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 Asiático Negro o África-americano Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacífico
 No Hispano/Latino 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 ingreso del hogar

Negado—Razón: demasiado ingreso solicitud incompleta 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, MÉTODO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO: (3 días hábiles recomendados) Correo Teléfono Contacto Personal Resultados _____ Firma del Oficial que Verifica _____ Fecha _____