

---

# SALEM PUBLIC SCHOOLS

## MEALS APPLICATION FORM 2011-2012 *FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALIMENTOS 2011-2012*

---

EVERY FAMILY **MUST** COMPLETE THIS APPLICATION, **REGARDLESS** OF WHETHER YOU ARE APPLYING FOR FREE OR REDUCED MEALS

*ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER LLENADA CADA AÑO POR **TODAS** LAS FAMILIAS QUE SOLICITEN ADQUIRIR ALIMENTOS REDUCIDOS DE PRECIOS O GRATIS*



**Deborah Jeffers, Food Service Manager**  
77 Willson St. Salem, MA 01970  
978-740-1230  
[deborahjeffers@salemk12.org](mailto:deborahjeffers@salemk12.org)  
[www.salemk12.org](http://www.salemk12.org)

Please fill out one form per family. When complete, return to child's school, or mail to Deborah Jeffers at the address above.

**Por favor llene un formulario por familia. Cuando lo complete retórnelo con su hijo a la escuela, o envíelo por correo a la dirección de arriba.**

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. The Salem Public Schools offer healthy meals every school day in every school. **Breakfast costs \$1.25 at the high school, and \$1 at all other schools. Lunch costs \$2.75 at the high school, and \$2.50 at all other schools.** Your children may qualify for free meals or for reduced price meals. Reduced price is .30 for breakfast and .40 for lunch.

Please keep the following in mind while completing the attached application:

1. Please print carefully so staff can read names correctly.
2. **If you do not meet income guidelines, or do not want to apply**, you must still fill out Sections 1 and 5 and check the Not Applying box above section 5, then return it to your school
3. If you need help, have questions, or if your income changes during the school year, please call SPS Food Services at 978-740-1230.
4. Use the Federal Income chart on the application form to determine your possible eligibility for the free and reduced price lunch program.
5. This form is confidential and is only reviewed by appropriate school district officials.

Sincerely,  
Deborah Jeffers, Food Service Manager

| <b>Current Meal Prices (Precios Actuales de la Comida)</b> |  |                       |                          |                       |
|--|--|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
|  | <b>Elementary Schools<br/>(Escuelas Primarias)</b> |                       | <b>Salem High School</b> |                       |
|  | Standard<br>(Estándar)                             | Reduced<br>(Reducida) | Standard<br>(Estándar)   | Reduced<br>(Reducida) |
| Breakfast (Desayuno)                                       | <b>1.00</b>  | <b>.30</b>            | <b>1.25</b>              | <b>.30</b>            |
| Lunch (Almuerzo)   | <b>2.50</b>  | <b>.40</b>            | <b>2.75</b>              | <b>.40</b>            |
| Milk (Leche)   | <b>.50</b>   | <b>.50</b>            | <b>.50</b>               | <b>.50</b>            |

Estimado padre o tutor:

Los niños necesitan alimentos saludables para aprender. Las escuelas públicas de Salem ofrecen comidas saludables anualmente en cada escuela. **El desayuno cuesta \$1.25 en la High School y \$1 en todas las otras escuelas. El almuerzo cuesta \$2.75 en la High School y \$2.50 en las otras escuelas.** Su hijo o hija podría llenar los requisitos para recibir sus comidas gratis o a un precio reducido. El precio reducido es 30 centavos para el desayuno y 40 centavos para el almuerzo.

Por favor tenga lo siguiente en mente al completar el formulario adjunto:

1. Por favor escriba cuidadosamente en letra de imprenta para que el personal pueda leer el nombre correctamente.
2. Si usted no llena los requisitos de ingresos, o no desea solicitar, de todas maneras deberá llenar la sección 1 y 5 y enviarla a la escuela.
3. Si usted necesita ayuda, tiene alguna pregunta o si sus ingresos cambian durante el año escolar, por favor llame al Servicio de Alimentación Escolar SPS (SAE-SPS) (por sus siglas en inglés) al 978-740-1230.
4. Use la tabla federal de Ingresos en el formulario de solicitud para determinar su posible elegibilidad para el programa de almuerzo gratis a precio reducido.
5. La información que usted suministre en este formulario es confidencial y solo la revisa el personal apropiado de la escuela o del SAE-SPS.

Atentamente,  
Deborah Jeffers, Gerente del servicio de comida

---

# FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

---

1. **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 Free and Reduced Price School Meals 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 either to your child's school, or mail to : **Deborah Jeffers, 77 Willson St., Salem, MA 01970.**
2. **WHO CAN GET FREE MEALS?** All children in households receiving benefits from MA SNAP, the Food Distribution Program on Indian Reservations or **MA TAFDC**, can get free meals regardless of your income. Also, your children can get free meals if your household's gross income is within the free limits on the Federal Income Eligibility Guidelines.
3. **CAN FOSTER CHILDREN GET FREE MEALS?** Yes, foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court, are eligible for free meals. Any foster child in the household is eligible for free meals regardless of income.
4. **CAN HOMELESS, RUNAWAY, AND MIGRANT CHILDREN GET FREE MEALS?** Yes, children who meet the definition of homeless, runaway, or migrant qualify for free meals. If you haven't been told your children will get free meals, please call **Catherine Connelly at 978-740-1232 or email to [catherineconnelly@salemk12.org](mailto:catherineconnelly@salemk12.org)** to see if they qualify.
5. **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 Eligibility Income Chart, shown on this application.
6. **SHOULD I FILL OUT AN APPLICATION IF I RECEIVED A LETTER THIS SCHOOL YEAR SAYING MY CHILDREN ARE APPROVED FOR FREE MEALS?** Please read the letter you got carefully and follow the instructions. Call the Food Service Office at 978-740-1230 if you have questions.
7. **MY CHILD'S APPLICATION WAS APPROVED LAST YEAR. DO I NEED TO FILL OUT ANOTHER ONE?** Yes. Your child's application is only good for that school year and for the first few days of this school year. You must send in a new application unless you have been notified otherwise by the Food Service Manager.
8. **I GET 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.
9. **WILL THE INFORMATION I GIVE BE CHECKED?** Yes and we may also ask you to send written proof.
10. **IF I DON'T QUALIFY NOW, MAY I APPLY LATER?** Yes, you may apply at any time during the school year. For example, children with a parent or guardian who becomes unemployed may become eligible for free and reduced price meals if the household income drops below the income limit.
11. **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: **Superintendent of Schools, 29 Highland Ave., Salem, MA 01970, tel: 978-740-1212.**
12. **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 U.S. citizens to qualify for free or reduced price meals.
13. **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) who share income and expenses. You must include yourself and all children living with you. If you live with other people who are economically independent (for example, people who you do not support, who do not share income with you or your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do not include them.
14. **WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME?** List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1000 each month, but you missed some work last month and only made \$900, put down that you made \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but do not include it if you only work overtime sometimes. If you have lost a job or had your hours or wages reduced, use your current income.
15. **WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME?** If you get an off-base housing allowance, it must be included as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income.
16. **MY SPOUSE IS DEPLOYED TO A COMBAT ZONE. IS HER COMBAT PAY COUNTED AS INCOME?** No, if the combat pay is received in addition to her basic pay because of her deployment and it wasn't received before she was deployed, combat pay is not counted as income. Contact your school for more information.
17. **MY FAMILY NEEDS MORE HELP. ARE THERE OTHER PROGRAMS WE MIGHT APPLY FOR?** To find out how to apply for SNAP or other assistance benefits, contact your local assistance office or call the SNAP Hotline **1-866-950-3663.**

# PREGUNTAS HECHAS CON FRECUENCIA

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? No. Cuando llene la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, *use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su unidad familiar*. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud llena a: **Deborah Jeffers, 77 Willson St., Salem, MA 01970**
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas **MA SNAP, the Food Distribution Program on Indian Reservations** o **MATANF** pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su unidad familiar están dentro de los límites –en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos.
3. ¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar es elegible para recibir las comidas gratuitas, independientemente de los ingresos.
4. ¿PUEDEN LOS NIÑOS DESAMPARADOS, EN FUGA Y MIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o migrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico **Catherine Connelly at 978-740-1232 or email to [catherineconnelly@salemk12.org](mailto:catherineconnelly@salemk12.org)** para ver si califican.
5. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites establecidos en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en esta solicitud.
6. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS HAN SIDO APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Lea detenidamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **978-740-1230** si tiene alguna pregunta.
7. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Tiene que enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo califica para el nuevo año escolar.
8. RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Llene la solicitud.
9. ¿SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ? Si. También posiblemente le pidamos que envíe prueba por escrito.
10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que tienen un padre, madre o tutor que queda desempleado tal vez pasen a ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de la unidad familiar caen por debajo del límite de ingresos.
11. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **Superintendent of Schools, 29 Highland Ave., Salem, MA 01970, tel: 978-740-1212.**
12. ¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE UN MIEMBRO DE MI UNIDAD FAMILIAR NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
13. ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que son independientes desde el punto de vista económico (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una porción de los gastos) no las incluya.
14. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON UNIFORMES? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
15. ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES. ¿INCLUIMOS NUESTRA SUBVENCIÓN DE VIVIENDA COMO INGRESOS? Si recibe una subvención para vivir fuera de la base militar, la tiene que incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative, no incluya la subvención de vivienda como ingreso.
16. MI CÓNYUGE ESTÁ EN UN DESPLIEGUE EN LA ZONA DE COMBATE. ¿CUENTA SU PAGA DE COMBATE COMO INGRESO? No. Si recibe la paga de combate por encima de la paga básica debido al despliegue militar y no la recibía antes, entonces no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la escuela para recibir más información.
17. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para ver cómo solicitar beneficios del programa **MA SNAP** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al **1-866-950-3663**.

# MASSACHUSETTS FREE OR REDUCED PRICE SCHOOL MEALS

## Family Household Meal Benefit Application 2011-2012



If you have received a NOTICE OF DIRECT CERTIFICATION from the school district for free meals, **do not** complete this application. But **do** let the school know if any children in the household are not listed on **the Notice of Direct Certification** letter you received.

**PART 1.** List all household members including children seeking school meals, siblings and both parents of children living in home. Also, include other relatives and friends living in home if you live as a single economic unit. (See instructions)

| Names of ALL household members<br>(First, Middle Initial, Last) | School Name for Each Child | Check if a Foster Child (legal responsibility of welfare agency or court) *If all children listed below are foster children, skip to Part 5 | Check if NO INCOME       |
|---|----------------------------|---|--------------------------|
|   |                            | <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"/> |

**PART 2.** If any member of your household receives SNAP (food stamp), FDPIR or TAFDC benefits, please provide the Agency Identification Number located on the upper right side of the Department of Transitional Assistance (DTA) benefit letter. Please skip to Part 5 and sign this form if you have provided an Agency Identification Number.

Agency ID: \_\_\_\_\_ \*\* Do not provide your EBT card number.

**PART 3.** Is any school age child living with you a migrant child, homeless or a runaway? Yes  No   
If yes, please call Catherine Connelly at 978-740-1232 or [catherineconnelly@salemk12.org](mailto:catherineconnelly@salemk12.org) for free meals.

**PART 4.** TOTAL HOUSEHOLD GROSS INCOME. You must tell us how much income, and **how often** in the chart below.

| Name (List ALL Household Members with Income) | Earned Income – Before Taxes/Deductions | Child Support or Alimony         | Pensions, Retirement, Social Security, SSI, VA Benefits | All Other Income |
|---|---|----------------------------------|---|------------------|
| <i>(Example) Jane Smith</i>                   | <i>\$199.99 weekly</i>                  | <i>\$149.99 every other week</i> | <i>\$99.99 monthly</i>                                  | <i>None</i>      |
|   | \$____/____                             | \$____/____                      | \$____/____   | \$____/____      |
|   | \$____/____                             | \$____/____                      | \$____/____   | \$____/____      |
|   | \$____/____                             | \$____/____                      | \$____/____   | \$____/____      |
|   | \$____/____                             | \$____/____                      | \$____/____   | \$____/____      |
|   | \$____/____                             | \$____/____                      | \$____/____   | \$____/____      |

**CHECK HERE IF YOU ARE NOT APPLYING FOR FREE OR REDUCED MEALS, THEN CONTINUE WITH PART 5**

**PART 5.** Signature. A parent or caretaker adult must sign the application (see Privacy Act Statement on the back of this page). I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information that I gave. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted. An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form also must list the last 4 digits of his or her Social Security Number or mark the “Check here if you do not have a Social Security Number” box. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)

Sign here: \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

**If you filled out Part 4, you must supply the following:**

Last 4 Digits of Social Security Number \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_  Check here if you do not have a Social Security Number

**PART 6. CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES (OPTIONAL)**

Choose one ethnicity:

- Hispanic/Latino  
 Not Hispanic/Latino

Choose one or more (regardless of ethnicity):

- Asian       American Indian or Alaska Native       Black or African American  
 White       Native Hawaiian or other Pacific Islander

**DON'T FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12  
 Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_  
 Categorical Eligibility: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after 45 days)  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Your children may qualify for free or reduced price meals if your household income falls at or below the limits on this chart. Your children may also qualify for free meals if any person in the household receives SNAP (food stamps) or TAFDC (cash assistance) regardless of the income limits on this chart.

| Federal Eligibility Income Chart School Year 2011-2012 |        |         |        |
|--|--------|---------|--------|
| Household Size   | Yearly | Monthly | Weekly |
| 1  | 20,147 | 1,679   | 388    |
| 2  | 27,214 | 2,268   | 524    |
| 3  | 34,281 | 2,857   | 660    |
| 4  | 41,348 | 3,446   | 796    |
| 5  | 48,415 | 4,035   | 932    |
| 6  | 55,482 | 4,624   | 1,067  |
| 7  | 62,549 | 5,213   | 1,203  |
| 8  | 69,616 | 5,802   | 1,339  |
| Each additional person:                                | +7,067 | + 589   | + 136  |

**Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.**

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Transitional Aid for Families with Dependent Children (TAFDC) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

**Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.** "In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800)877-8339; or (800)845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer."

**ALIMENTOS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO DE LAS ESCUELAS DE MASSACHUSETTS  
 APLICACION DE BENEFICIOS DE ALIMENTOS PARA FAMILIAS 2011=2012**



Si usted ha recibido un aviso de certificación directa del distrito escolar para recibir comidas gratis, **no complete** esta solicitud. Pero deje saber a la escuela si hay niños en el hogar que no figuran en la carta de Aviso de Certificación Directa que recibió.

**PARTE 1.** LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYENDO LOS NIÑOS INTERESADOS EN LAS COMIDAS ESCOLARES, LOS HERMANOS Y LOS PADRES DE NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR. ADEMÁS, INCLUYA PARIENTES Y AMIGOS QUE VIVEN EN SU CASA, SI VIVEN COMO UNA SOLA UNIDAD ECONÓMICA. (VEA LAS INSTRUCCIONES).

| NOMBRE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE LA CASA<br>(Nombre, Inicial segundo Nombre, Apellido) | Nombre de Escuela de cada Niño(Estudiante) | Comprobar si un hijo de crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o de la corte) * Si todos los niños a continuación son los niños de crianza, vaya a la parte 5 | comprobar si no hay ingresos |
|--|--|--|------------------------------|
|  |  | <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"/>     |

**PARTE 2.** Si cualquier miembro de su casa recibe beneficios SNAP (Estampilla de alimentos), FDIPIR o TAFDC, Por favor provea el número de identificación de la agencia localizado en la carta del Departamento de asistencia transicional en (DTA). Por favor pase a la Parte 5 y firme este formulario si usted ha proporcionado un número de identificación de la agencia.

Número de Agencia: \_\_\_\_\_ \*\* No provea el número de la tarjeta EBT.

**PARTE 3. SI HAY ALGUN NIÑO EN EDAD ESCOLAR, NIÑO MIGRANTE , ABANDONADO O SIN HOGAR?** SI  No

Si así, Por favor llamar: Catherine Connelly at 978-740-1232 o [catherineconnelly@salemk12.org](mailto:catherineconnelly@salemk12.org) Para alimentos gratuitos.

**PARTE 4.** INGRESO TOTAL DE EL HOGAR. USTED DEBE DECIRNOS LA CANTIDAD DE INGRESOS, Y CON QUÉ FRECUENCIA EN EL SIGUIENTE GRÁFICO.

| Nombre (Lista todos los miembros del hogar con ingresos) | Ingresos ganados antes de Impuestos/Deducciones | Mantenimiento de hijos o pensión alimenticia | Beneficios de Pensiones, Retiro, Seguro Social, incapacidad, Veteranos | Cualquier otro ingreso |
|--|---|--|--|------------------------|
| <i>(Ejemplo) Jane Smith</i>                              | <i>\$199.99 Semanal</i>                         | <i>\$149.99 cada dos semanas</i>             | <i>\$99.99 mensual</i>   | <i>ningunos</i>        |
|  | \$ ____/____                                    | \$ ____/____                                 | \$ ____/____   | \$ ____/____           |
|  | \$ ____/____                                    | \$ ____/____                                 | \$ ____/____   | \$ ____/____           |
|  | \$ ____/____                                    | \$ ____/____                                 | \$ ____/____   | \$ ____/____           |
|  | \$ ____/____                                    | \$ ____/____                                 | \$ ____/____   | \$ ____/____           |
|  | \$ ____/____                                    | \$ ____/____                                 | \$ ____/____   | \$ ____/____           |

**MARQUE AQUÍ SI USTED NO ESTÁ SOLICITANDO PARA ALMUERZO GRATIS O REDUCIDO, Y LUEGO CONTINUAR CON LA PARTE 5**

**PARTE 5.** Firme. Un adulto padre o tutor deberá firmar la solicitud (ver el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página). Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos HAN SIDO REPORTADOS . Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que me dio. Yo entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o marcar el "Marque aquí si usted no tiene un Número de Seguro Social". (Vea el Acta de Privacidad en la parte posterior de esta página).

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código de área: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Si usted lleno la Parte 4, usted debe de proveer lo siguiente:**

Ultimo 4 Dígitos de Seguro Social \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_  Marque aquí si usted no tiene Numero de Seguro Social.

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

Choose one ethnicity:

- Hispanic/Latino  
 No Hispano/Latino

Choose one or more (regardless of ethnicity):

- Asiático       Indio Americano o Nativo de Alaska       Negro o Afroamericano  
 Blanco       Nativo de Hawái o Otras Islas del Pacifico

**NO LLENE ESTA PARTE. ESTO ES PARA EL USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12  
 Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice A Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_  
 Categorical Eligibility: \_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free\_\_ Reduced\_\_ Denied\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
 Temporary: Free\_\_ Reduced\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after 45 days)  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Elegibilidad Federal Cuadro de ingresos del Año Escolar 2011-2012

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido si su ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla. Sus hijos también pueden calificar para recibir comidas gratis si alguna persona en el hogar recibe cupones para alimentos (estampillas de comida) o TAFDC (asistencia en efectivo), independientemente de los límites de ingresos en esta tabla.

| Tamaño del Hogar        | Anual  | Mensual | Semanal |
|-------------------------|--------|---------|---------|
| 1                       | 20,147 | 1,679   | 388     |
| 2                       | 27,214 | 2,268   | 524     |
| 3                       | 34,281 | 2,857   | 660     |
| 4                       | 41,348 | 3,446   | 796     |
| 5                       | 48,415 | 4,035   | 932     |
| 6                       | 55,482 | 4,624   | 1,067   |
| 7                       | 62,549 | 5,213   | 1,203   |
| 8                       | 69,616 | 5,802   | 1,339   |
| Cada persona adicional: | +7,067 | + 589   | + 136   |

**Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da.**

El Richard B. Russell de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguro social de un miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted recibe el programa de asistencia nutricional (SNAP), una ayuda transitoria para las Familias con Hijos Dependientes (TAFDC) Programa de Distribución o el Programa de la India reservas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros podríamos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

**Declaración de No Discriminación:** Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De acuerdo con la ley federal de EE.UU., El Departamento de Agricultura, esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba USDA, Director, Oficina de Adjudicación, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (voz). Las personas con problemas de audición o impedimentos del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades".