



Holyoke Public Schools - 57 Suffolk Street -Holyoke, Massachusetts 01040

Tel. (413) 534-2000, 258 Fax. (413) 534-2172

ddupont@hps.holyoke.ma.us

lgibbons@hps.holyoke.ma.us

Mr. David L. Dupont, Superintendent of Schools
Mr. Leonard S. Gibbons, Director of Technology and Operations

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para poder aprender, los niños necesitan alimentarse bien. Las Escuelas Públicas de Holyoke ofrecen comidas saludables todos los días escolares. El desayuno es ofrecido sin costo alguno y el almuerzo cuesta \$2.25 para estudiantes de Kínder a octavo grado y \$2.50 para estudiantes de noveno a doceavo grado. Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. El precio reducido es \$.40 por el almuerzo.

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? No. Complete la solicitud para aplicar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su hogar. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud completada la oficina de la escuela de su hijo/a.
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que viven en el hogar que reciben beneficios de los programas de MA SNAP, el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas o MA TANF, pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su hogar están dentro de los límites en las Guías Federales de Elegibilidad de Ingresos.
3. ¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños 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 niño de crianza en el hogar es elegible para recibir comidas gratuitas, independientemente de los ingresos.
4. ¿PUEDEN LOS NIÑOS DESAMPARADOS, EN FUGA E INMIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o inmigrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a Bonnie Randall al 413-534-2000 ext. 237 o brandal@hps.holyoke.ma.us 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 hogar están dentro de los límites establecidos en la Guía Federal de Elegibilidad de Ingresos que se encuentra en esta solicitud.
6. ¿DEBO 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 Oficina de Servicios de Alimentos al 413-534-2013 si tiene algunas preguntas.
7. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿DEBO LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe 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 el hogar que están participando en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Favor llenar una solicitud.

9. ¿SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ? Si. También y 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 del hogar baja por debajo del límite de ingresos.
11. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: Leonard Gibbons, Director de Tecnología y Operaciones, 57 Suffolk Street, Holyoke, MA 01040.
12. ¿PUEDO SOLICITAR SI UN MIEMBRO DE MI HOGAR 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 HOGAR? Debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Debe 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 MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO? Anote el total 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 LA FUERZA MILITAR, ¿DEBEMOS INCLUIR NUESTRO SUBSIDIO 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 PAGO 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 SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame a SNAP al **1-866-950-3663**.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame a la oficina de la escuela de su hijo/a..

Atentamente,

Leonard Gibbons
Director de Tecnología y Operaciones

SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR			
Nombres de <u>todos</u> los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) * Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene 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"/>

Parte 2: SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS SNAP (estampillas de comida), FDPIR o TAFDC, favor proveer el número de identificación de la agencia localizado en la parte de arriba a mano derecha del departamento de ayuda transicional (DTA). favor pase a la parte 5 y firme esta forma si usted ha proporcionado el número de identificación de la agencia.

Número de Identificación de la Agencia: _____ **No proporcione su número de tarjeta EBT.**

Parte 3 ¿HAY ALGÚN NIÑO DE EDAD ESCOLAR QUE VIVEN CON USTED O UN NIÑO MIGRANTE, SIN HOGAR O QUE HA ABANDONADO EL HOGAR? SI NO

Si la respuesta es sí, favor llamar a la persona encargada de los desamparados o al coordinador del migrante para comidas gratis: # del Teléfono del Distrito Escolar _____.

Parte 4: INGRESO TOTAL BRUTO: Usted debe decirnos la cantidad de ingresos, y con qué frecuencia en el siguiente gráfico.

1. NOMBRE (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$199.99/semanal	\$149.99/cada dos semanas	\$99.99/mensual	Ninguno
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____

PARTE 5. FIRMA. 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 son reportados. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy. 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 en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: *** - ** - ____ - ____ No tengo número de Seguro Social

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

Elija un grupo étnico:

Hispano/Latino

No hispano/Latino

Elija una o más (independientemente del grupo étnico):

Asiático

Amerindio o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Blanco

Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico

NO LLENE ESTA PARTE. ES 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

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 ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

CUADRO FEDERAL DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS para el año escolar 2011-2012			
Tamaño de la unidad familiar	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

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON MEDICAID/SCHIP

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precios reducidos, tal vez puedan recibir seguro médico de bajo costo a través de Medicaid o el programa estatal de seguro médico para niños State Children's Health Insurance Program (conocido como SCHIP). Los niños que tienen seguro médico tienen mayores probabilidades de obtener cuidado médico regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informar a Medicare y SCHIP que sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.* Medicaid y SCHIP usan la información únicamente para identificar a los niños que tal vez reúnan los requisitos para participar en esos programas. Los funcionarios del programa se podrían comunicar con usted para inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o SCHIP, llene el formulario a continuación y envíelo. (Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.)



¡No! NO deseo que se comparta la información de mi Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con los programas Medicaid o State Children's Health Insurance Program.

Si marcó que no, llene lo siguiente para asegurarse de que NO se comparta la información sobre los siguientes niños:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar al Sr. Leonard Gibbons al tel. 413-534-2013 o enviarle un correo electrónico a lgibbons@hps.holyoke.ma.us

Devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a con la aplicación completada.



If your child is eligible for free or reduced school meals, your child may also be eligible for **free or low cost health insurance** through MassHealth.

To learn more call: 1-800-841-2900

MassHealth



Si su niño es eligible para almuerzo gratis o reducido, su niño pueda ser eligible para **seguro de salud gratis o de bajo costo** por medio de MassHealth.

Para saber mas, llame al: 1-800-841-2900

*covering
kids*

