



SEPTIEMBRE DEL 2006

Estimado Padre/Madre o Tutor:

Nos complace dar nuevamente la bienvenida a la escuela a sus hijos y esperamos que este año tendrá recompensa en términos de una buena educación. Para ayudar a que nuestros alumnos realicen sus mejores esfuerzos en la aula, les brindamos los alimentos necesarios para un desarrollo adecuado. Invitamos a los alumnos a participar todos los días en el programa de desayuno y almuerzo escolar. Alumnos podrán comprar una comida o leche a un precio muy bajo. El almuerzo en las escuelas elementarias cuesta \$1.50 y \$1.75 en las escuelas secundarias. El desayuno en todas las escuelas cuesta \$.75.

Alumnos que vienen de familias elegibles según la Guía de Ingresos Federales (véase abajo) pueden recibir en la escuela comidas gratis o a precios reducidos (\$0.25 por cada desayuno o almuerzo).

Para Solicitar Ayuda: Para ser elegible para comidas gratis o a precios reducidos, debemos tener en la oficina de la escuela de su hijo(a) antes del 30 de septiembre, el formulario de solicitud adjuntada O una Carta de Certificación Directa recibida de la Oficina de Ayuda Temporaria o de Incapacidad (Office of Temporary or Disability Assistance) del Estado de Nueva York a nombre de su hijo o hija y aprobado para el año escolar de 2006-2007. No se tomará en cuenta su estatus como ciudadano o inmigrante para aceptar su solicitud. Si usted recibe actualmente Cupones de Alimentos o Ayuda Temporaria A Familias Necesitadas (TANF) para su hijo o hija, o si usted participa en el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indias (FDPIR), este(a) niño(a) es elegible para comidas gratis. Usted puede llenar la solicitud adjuntada O someter a la escuela una Carta de Certificación Directa de la Oficina de Ayuda Temporaria o de Incapacidad (Office of Temporary or Disability Assistance) del Estado de Nueva York. Si usted somete a la escuela de su hijo o hija la Carta de Certificación Directa, no tiene que llenar la solicitud adjuntada. Su hijo(a) será elegible para comidas gratis en la escuela sin esta solicitud. Sin embargo, cuando se terminen los beneficios de Cupones de Alimentos o de TANF o FDPIR, una solicitud deberá llenarse.

El formulario de solicitud debe incluir los nombres de todos los hijos, el número de los Cupones de Alimentos o el número de TANF o de FDPIR, y la firma del padre, de la madre o del tutor. Todos los niños con el mismo número de caso que estén en la misma escuela pueden ser incluidos en la misma solicitud. Se requieren solicitudes separadas para aquellos niños en la misma casa que tengan un número de caso diferente.

Si usted no indica números de Cupones de Alimentos o de TANF o FDPIR para cada hijo por los cuales se hace la solicitud, el formulario debe incluir los nombres de cada persona en la casa, el ingreso de cada uno por el mes pasado, de donde viene este ingreso, y la firma de un adulto de la casa con su número de la seguro social o la palabra "ninguno" si este adulto no tiene número de seguro social.

Un formulario de solicitud que no está completo no puede ser aprobado. La escuela de su hijo(a) le notificará a Ud. cuando la solicitud es aprobada o negada.

La Tabla de Ingreso

Esta tabla de elegibilidad por ingresos es para comidas a precios reducidos solamente. Si sus ingresos caen por debajo de la cantidad de la tabla que corresponde al número de personas de su casa, usted podría ser elegible para comidas gratis. El director de la escuela tiene la tabla de ingresos para comidas gratis y la comparará con sus ingresos para decidir si su hijo o hija es elegible para comidas gratis o a precios reducidos. (Si usted recibe actualmente Cupones de Alimentos, TANF o FDPIR para su hijo o hija, usted es elegible para la comida gratis.)

**La Tabla de Elegibilidad por Ingresos para Comida de Precios Reducidos
(Efectivo del 1 Julio, 2006 hasta el 30 Junio, 2007)**

Personas en la casa	Año	Mes	Dos Veces Al Mes	Cada Dos Semana	Semana
1.....	\$18,130	\$1,511	\$756	\$698	\$349
2.....	24,420	2,035	1,018	940	470
3.....	30,710	2,560	1,280	1,182	591
4.....	37,000	3,084	1,542	1,424	712
5.....	43,290	3,608	1,804	1,665	833
6.....	49,580	4,132	2,066	1,907	954
7.....	55,870	4,656	2,328	2,149	1,075
8.....	62,160	5,180	2,590	2,391	1,196
Por cada persona adicional sume:	6,290	525	263	242	121

Verificación

En cualquier tiempo durante el año escolar, la escuela puede pedirle a usted verificación de su elegibilidad. En este programa de Verificación al azar, al recibir un aviso escrito, usted deberá mandar a la escuela papeles que demuestran la elegibilidad de su niño.

Audiencia Imparcial

El Director de la escuela revisará las solicitudes y determinará la elegibilidad de su hijo/a para comidas gratis o a precios reducidos. Si usted no está de acuerdo con la determinación del Director, podrá solicitar una reunión con el Director. Si esta reunión no le resulta satisfactoria, podrá apelar la decisión comunicándonos con: **Director de Finanzas, One Larkin Center, Yonkers, NY 10701 – (914) 376-8030.**

Notificación de Cambios

Si su hijo o hija no es elegible para comidas gratis o a precios reducidos ahora, pero durante el año escolar usted queda desempleado, tiene una disminución de los ingresos familiares o un aumento en el número de miembros de su familia, podrá llenar otro formulario de solicitud.

Ingresos Excluidos

No se tomará en cuenta para calificar para este programa el costo, suministrado o acordado, del cuidado de niños; cualquier cantidad recibida como pago por el cuidado de niños o el reembolso de dicho costo por el Fondo del Desarrollo de Cuidad para Niños (Adaptación en Bloque).

Hijos Adoptivos

Su hijo adoptivo puede ser elegible por comidas escolares. El formulario de solicitud para este hijo debe incluir el nombre del hijo, el ingreso monetario de uso personal y la firma de un miembro adulto de la familia adoptiva.

Servicio de Comidas a Niños con Impedimentos

Los reglamentos del gobierno federal requieren que las escuelas e instituciones sirvan comidas, sin costo adicional, a niños quienes, debido a sus impedimentos, requieren dietas especiales, y no pueden participar del todo en el programa de los servicios alimentarios, sin alguna modificación de los alimentos ofrecidos o del menú programado. Usted deberá solicitar las comidas especiales a la escuela y proporcionar un certificado, preparado por un médico. Si usted considera que su niño/a necesita una modificación de la dieta debido a un impedimento, póngase en contacto con nosotros porque el certificado médico debe contener cierta información específica.

No Discriminación

No se discrimina contra ningún niño debido a raza, sexo, edad, color, orientación sexual, origen nacional o invalidez, en los Programas de Beneficios. Si usted cree que su hijo/a ha sido víctima de discriminación, comuníquese con el Secretario de Agricultura, Washington, D.C. 20250.

Confidencialidad

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos aprobó la comunicación de los nombres de alumnos y su estado de elegibilidad, sin el consentimiento de los padres o del tutor, a las personas asociadas con la administración o ejecución de los programas federales educativos como Título 1 y el Programa Nacional para Evaluar los Programas Escolares (NAEP). Estos programas del Departamento de Educación de los Estados Unidos se usan para determinar la distribución de fondos a las escuelas, para evaluar el estado socioeconómico de la población de la comunidad y para evaluar el progreso educacional. La escuela también puede comunicar información a las agencias de la Salud Estatal o a los programas educativos estatales administrados por la agencia Estatal o la agencia educativa local, a condición de que el Estado o la agencia educativa local administre el programa, y programas nutritivos federales, estatales o locales similares al Programa Nacional de Comidas Escolares. Además se puede comunicar toda información contenida en la solicitud a las personas asociadas directamente con la administración o ejecución de los programas autorizados por el Acto Nacional de Comidas Escolares (NSLA) o el Acto de Nutrición Para Niños (CNA); incluyendo el Programa Nacional de Comidas Escolares, el Programa Especial de Leche, el Programa De Comida para Cuidar a Niños y a Adultos, el Programa Especial del Servicio de Comida, y el Programa Especial de Nutrición Suplemental para Mujeres y Niños (WIC); el Administrador General de los Estados Unidos, y representantes federales, estatales o locales de la ley estarán investigando infracciones pretendidas de los programas del NSLA o CNA.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud, sírvase comunicarse con el Director de la escuela de sus hijos quien le brindará asistencia.

Yonkers Public Schools
Food Services Department
Yonkers Middle/High School, Room #2003
150 Rockland Avenue
Yonkers, NY 10705
Telephone: (914) 376-8166
Fax: (914) 376-8631

THE YONKERS PUBLIC SCHOOLS FOOD SERVICES DEPARTMENT

F ____ R ____ D
2006-2007

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIOS REDUCIDOS

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones al reverso, complete este formulario, firmelo y devuélvalo a la escuela. Complete una solicitud separada para cada hijo adoptivo. Si necesita ayuda llamar al 376-8166.

PARTE 1: INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Nombres de los niños (Pre-K hasta Grado 12)

Apellido	Nombre	I.D. del estudiante	Escuela	Grado

PARTE 2: HIJO/A ADOPTIVO/A: Complete esta parte y firme la solicitud en PARTE 6.

Si esta solicitud es a nombre de un hijo adoptivo, indique con una marca en la casilla.

Escriba el ingreso personal que recibe su hijo/a adoptivo. Escriba un cero, "0", si su hijo no tiene ingreso monetario personal. \$ _____.

Firme la solicitud en la PARTE 6. No llene las PARTES 3 y 4.

PARTE 3: CASAS DE FAMILIA QUE RECIBEN CUPONES DE ALIMENTOS O AYUDA PARA HIJOS DEPENDIENTES (ADC)/AYUDA TEMPORARIA A FAMILIAS NECESITADAS (TANF):

Someta a la escuela de su hijo o hija la Carta de Certificación Directa del Estado de Nueva York o llene esta parte. Firme la solicitud en la PARTE 6. Se requieren solicitudes separadas para aquellos niños en la misma casa que tengan un número de caso diferente.

Cupones #: _____ TANF #: _____

PARTE 4: MIEMBROS DE LA CASA Y EL INGRESO TOTAL: Si usted no escribe el número de los Cupones de Alimentos o el número del ADC/TANF, llene las PARTES 4 y 5. Firme en la PARTE 6.

INGRESO CORRIENTE				
Escriba los nombres de todas las personas de la casa Por ejemplo →	INGRESO SIN DEDUCCIONES			
	Ingreso sin Deducciones Cantidad / Frecuencia	Mantenimiento de familia, asistencia social, alimentos Cantidad / Frecuencia	Pensiones Seguro Social Retiros Cantidad / Frecuencia	Otras fuentes de Ingreso Cantidad / Frecuencia
1.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
2.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
3.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
4.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
5.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
6.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
7.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

PARTE 5: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

- -

Si la información de la PARTE 4 es suministrada, usted debe escribir el número del Seguro Social del adulto que firma esta solicitud. Si este adulto no tiene un número de Seguro Social, escriba la palabra "NINGUNO." _____.

PARTE 6: FIRMA:

Una persona adulta de la casa debe firmar la solicitud antes de ser aprobada por las autoridades escolares.

PENALIDAD POR FALSEDAD: Certifico que la información precedente es correcta y verdadera y que el número de identificación de los cupones de alimentos o del ADC/TANF es correcto y que todo el ingreso monetario ha sido declarado. Yo entiendo que la información es utilizada para la adquisición de fondos federales: que las autoridades escolares podrán verificar la información que aparece en esta solicitud y que al dar información falsa podría ser la causa de enjuiciamiento por las leyes estatales y federales.

Firma de una Persona Adulta _____
Dirección: _____

Fecha _____

Teléfono de la casa _____

Teléfono del trabajo _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA – SOLAMENTE POR USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion: Weekly X52; Every 2 Weeks x 26; Twice a Month X 24; Monthly X 12

Food Stamp, ADC/TANF, Foster Child

Income Household: _____ Total Household Monthly Income: _____ Household size: _____

Application **APPROVED** for: _____ Free Meals OR _____ Reduced Meals
_____ Free Meals, Expires: _____
_____ Reduced Meals, Expires: _____

Application **DENIED** because: _____ Income over allowed amount
_____ Incomplete / Missing
_____ Other: _____

Date Notice Sent: _____

Signature of Reviewing Official: _____

Date: _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para sus niños, someta a la escuela de su hijo o hija la Carta de Certificación Directa del Departamento de Servicios Sociales. **O** llene la solicitud refiriendo a las instrucciones para su familia. Firme la solicitud y devuélvala a la escuela. Favor de completar formularios separados para cada hijo adoptivo. Llame a la escuela si necesita ayuda.

PARTE 1: INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

En la letra de molde, escriba el nombre de su hijo/a, la dirección, la escuela, el grado y la clase. Toda la información de esta sección deberá aparecer sin falta.

PARTE 2: HIJOS ADOPTIVOS:

Un hijo adoptivo es la responsabilidad legal de la agencia de provisión social o de las cortes judiciales y tiene derecho a comidas escolares sin tomar el ingreso de la familia adoptiva. Complete PARTES 1, 2 y 6. Deje sin llenar PARTES 3, 4 y 5.

1. **INGRESO:** Escriba el ingreso monetario de uso personal de su hijo/a. Escriba un cero, "0", si su hijo/a no tiene ingreso de uso personal. Tal ingreso consiste de: (a) dinero proveído por la agencia de provisión para ropa, escuela y gastos personales y (b) dinero proveído por la familia o por trabajos efectuados, ya sea en trabajos fijos o de tiempo parcial.

2. **FIRMA:** Un miembro adulto de la familia adoptiva firmará la solicitud en la PARTE 6.

PARTE 3: PARA FAMILIAS CON HIJOS/AS QUE RECIBEN ACTUALMENTE CUPONES DE ALIMENTOS O AYUDA HIJOS DEPENDIENTES (ADC)/ AYUDA TEMPORARIA A FAMILIAS NECESITADAS (TANF):

1. **NÚMERO DE CASO:** Escriba el número de Caso de los Cupones de Alimentos o ADC/TANF. Se requieren solicitudes separadas para aquellos niños en la misma casa que tengan un número de caso diferente.

2. **FIRMA:** Un familiar adulto firmará la solicitud en la PARTE 6.

PARTES 4 Y 5: OTROS GRUPOS FAMILIARES: Si no declara el número de caso de Cupones de Alimentos o ADC/TANF, o somete una Carta de Certificación Directa, llene PARTES 1, 4, 5, Y 6.

1. **NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN EN CASA:** Escriba los nombres de todos los que viven con usted. Incluya su nombre y el de su hijo/a cuyo nombre aparece más arriba, su esposo/a, otros hijos/as, otros parientes y personas sin parentesco que también tienen su residencia en su casa. Favor de utilizar una hoja aparte si no hay suficiente espacio en esta sección de la solicitud.

2. **INGRESO CORRIENTE:** Escriba la cantidad y frecuencia que cada persona recibe en forma de ingreso en la misma línea que su nombre, incluyendo los ingresos, las pensiones y otras fuentes de ingreso. Ingreso significa toda fuente de dineros ganados o adquiridos, disponibles antes del pago de impuestos u otras deducciones. Si el ingreso corriente es mayor o menor que el ingreso usual, escriba este en lugar del corriente.

3. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Si Ud. llena la información requerida en la PARTE 4, el número del seguro social del firmante también debe ser incluido. Si el firmante no tiene un número de seguro social, escriba la palabra "NINGUNO".

4. **FIRMA:** Un miembro adulto de la casa de familia debe firmar la solicitud en la PARTE 6.

5. **INGRESOS EXCLUIDOS:** No se tomará en cuenta para calificar para este programa el costo, suministrado o acordado, del cuidado de niños; cualquier cantidad recibida como pago por el cuidado de niños o el reembolso de dicho costo por el Fondo del Desarrollo de Cuidado para Niños (Aportación en Bloque).

PARTE 6: FIRMA:

Todas las solicitudes deben incluir la firma de un adulto que vive en la casa. Cuando se escribe un número de seguro social, este número debe ser el del adulto que firma la solicitud en esta parte.

Part 7: OTROS BENEFICIOS:

Su hijo puede ser elegible para beneficios como Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP). Para determinar si su hijo es elegible, los oficiales del programa necesitan información escrita en su solicitud para comidas escolares gratuitas o a precios reducidos. Se requiere su permiso escrito antes de comunicar cualquier información. Favor de leer la Carta paternal de Revelación y Declaración de Consentimiento encerrada para información sobre otros beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE PRIVACIDAD

La Sección 9 del Acto Nacional de Alimento Escolar requiere que, al menos que su hijo/a tenga asignado un número de caso a través de los Cupones de Alimentos o el ADC/TANF, usted debe incluir el número del seguro social correspondiente al adulto firmante de esta solicitud o indicar que el firmante no tiene número de seguro social. El dar un número de seguro social no es obligatorio, pero si no aparece una indicación con referencia a la falta del número del seguro social del firmante, la solicitud no podrá ser aprobada. El número del seguro social puede ser utilizado para verificar la información que aparece en la solicitud. La verificación tendrá lugar por medio de entrevistas, auditorias, comunicación directa con empleadores o las oficinas encargadas de otorgar cupones de alimentos u otros beneficios para determinar la certificación correspondiente para recibir tales cupones o beneficios del ADC/TANF o con la oficina de seguro de empleos del Estado para determinar el total de beneficios recibidos de otros ejemplos documentación obtenida de los miembros de la familia con objeto de verificar el ingreso actual. Si la información resultare ser incorrecta, el resultado será un disminución o suspensión de beneficios o una reclamación de tipo administrativo o legal.

CASOS DE DISCRIMINACIÓN

No se discrimina contra ningún niño debido a raza, sexo, edad, color, orientación sexual, origen nacional o invalidez, en los Programas de Beneficios. Si usted cree que su hijo/a ha sido víctima de discriminación, debe escribir a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y para sordos).