

Departamento de Educación y Fuerza Laboral de Ohio
Oficina de Nutrición
Programa Nacional de Almuerzos Escolares

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES Y
DIVULGACIÓN DE FORMULARIOS DE INFORMACIÓN DE SOLICITUD
para el programa del año 2024-2025

Instrucciones para los distritos escolares

Este paquete contiene:

Información obligatoria que se *debe* proporcionar a los hogares:

- Carta a los hogares
- Solicitud de comidas escolares gratuitas y a precio reducido
- Aviso a los hogares sobre aprobación/denegación de beneficios¹

Materiales **opcionales** relacionados con la solicitud que se *pueden* proporcionar a los hogares:

- Compartir información con Medicaid y *Healthy Start, Healthy Families*
- Compartir información con otros programas

Materiales **opcionales** relacionados con la solicitud que pueden publicarse en la escuela:

- Folleto *Healthy Start, Healthy Families* que informa a los hogares sobre la oportunidad de solicitar cobertura de atención médica gratuita

Las páginas están diseñadas para imprimirse en papel de 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse por delante y por detrás. Necesitará identificar los beneficios que se ofrecen en su escuela, como por ejemplo refrigerios después de clases.

Los corchetes resaltados indican los campos donde los solicitantes deben insertar información específica del distrito escolar. Si realiza cambios adicionales, debe enviar su paquete de solicitud a la Oficina de Nutrición del Departamento de Educación de Ohio para su aprobación.

Este paquete de solicitud prototipo incluye información sobre la exclusión del subsidio de vivienda para aquellos incluidos en la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares. Si esto no es pertinente para su distrito escolar, modifíquelo según corresponda.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina.

Departamento de Educación y Fuerza Laboral de Ohio
Oficina de Nutrición
25 South Front Street, Mail Stop 303
Columbus, Ohio 43215
(800) 808-6325
child.nutrition@education.ohio.gov

¹ Todos los hogares deben ser notificados sobre el estado de elegibilidad de sus hijos y proporcionarles sus beneficios dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud. A los hogares con niños a quienes se les niegan los beneficios se les debe notificar la denegación por escrito. La notificación debe informar al hogar el motivo de la denegación de los beneficios, el derecho a apelar, instrucciones de apelación y una declaración de que la familia puede volver a solicitar los beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido en cualquier momento durante el año escolar. Los hogares con niños aprobados para recibir beneficios gratuitos o de precio reducido pueden recibir notificación por escrito o de manera verbal.

Por favor, coloque la siguiente información en el membrete de la escuela.

Preguntas frecuentes sobre comidas escolares gratuitas y a precio reducido

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **Las escuelas locales de Little Miami** ofrecen comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta entre **\$1,50 y \$1,85** y el almuerzo cuesta entre **\$2,55 y \$3,30**. **Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.** El precio reducido es **SIN CARGO** para el desayuno y **SIN CARGO** para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido e instrucciones detalladas. A continuación, encontrará algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. **¿Quién puede recibir comidas gratuitas o a precio reducido?** Son elegibles para recibir comidas gratuitas todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o de Ohio Works First (OWF); niños en cuidado tutelar que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o un tribunal; niños que participan en el programa Head Start de su escuela; y niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las pautas de elegibilidad de ingresos federales.

LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2024-2025			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$27 861	\$2322	\$536
2	37 814	3152	728
3	47 767	3981	919
4	57 720	4810	1110
5	67 673	5640	1302
6	77 626	6469	1493
7	87 579	7299	1685
8	97 532	8128	1876
Cada persona adicional:	9953	830	192

2. **¿Cómo sé si mis hijos califican como personas sin hogar, migrantes o fugitivos?** Si los miembros de su hogar carecen de una dirección permanente; están viviendo juntos en un refugio, hotel u otro tipo de vivienda temporal; se mudan por temporadas o; viven con usted niños que han optado por abandonar su familia u hogar anterior, entonces los niños pueden calificar como personas sin hogar, migrantes o fugitivos. Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a **Jamie Miles a jmiles@lmsdoh.org o al 513-899-2264** para ver si califican.
3. **¿Debo completar una solicitud para cada niño?** No. Utilice una sola solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por favor, envíe toda la información requerida.
Devuelva la solicitud completa a Ron McWhorter, 95 East US 22 & 3 Maineville, Ohio 45039.
4. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar que dice que mis hijos ya están aprobados para recibir comidas gratuitas?** No, pero por favor lea la carta con atención y siga las instrucciones. Si algún niño de su hogar no figura en la notificación de elegibilidad, comuníquese inmediatamente con **Ron McWhorter al 513-899-2264 o rmcwhorter@lmsdoh.org.**
5. **¿Puedo presentar la solicitud en línea?** Sí. Si es posible, se recomienda completar una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel. Los requisitos de la solicitud en línea son los mismos y solicitarán la misma información que la solicitud en papel. Visite **www.payschoolscentral.com** para comenzar o para obtener más información sobre el proceso de solicitud en línea. Comuníquese con **Ron McWhorter al 513-899-2264 o rmcwhorter@lmsdoh.org** si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.
6. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito completar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida para ese año escolar y para el inicio de este año escolar. Debe presentar una nueva solicitud a menos que la escuela le notifique que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

7. **Recibo beneficios del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).** ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) recibir comidas gratuitas? Los niños en hogares que participan en el Programa para Mujeres, Bebés y Niños pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud completa.
8. **¿Se verificará la información que proporciono?** Sí, también podemos pedirle que envíe una prueba escrita.
9. **Si no califico ahora, ¿puedo presentar la solicitud más adelante?** Sí. Puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyos padres o tutores se quedan desempleados pueden tener derecho a comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar cae por debajo del límite de ingresos.
10. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debería hablar con los funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a la siguiente persona de contacto: **Ron McWhorter, rmcwhorter@lmsdoh.org, 513-899-2264.**
11. **¿Puedo presentar una solicitud si otra persona en mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.
12. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Enumere la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 cada mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo ganó \$900, presente el informe con el monto habitual de \$ 1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo trabaja horas extras algunas veces. Si ha perdido un trabajo o le han reducido sus horas o su salario, utilice su ingreso actual.
13. **¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos para declarar?** Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que se solicitan en la solicitud o que no reciban ingresos en absoluto. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como cero. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco.
14. **Estamos en el ejército. ¿Reportamos nuestros ingresos de manera diferente?** Su salario básico y sus bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe asignaciones en efectivo por alojamiento, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirlas como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Cualquier pago adicional por combate derivado de un despliegue también se excluye del ingreso.
15. **¿Qué sucede si no hay suficiente espacio en la solicitud para mi familia?** Enumere todos los miembros adicionales del hogar en una hoja de papel aparte y adjúntela a su solicitud. Comuníquese con **cualquier oficina escolar** para recibir una segunda solicitud.
16. **¿Por qué se me pide que dé mi consentimiento para una exención de tarifa de instrucción?** Las escuelas públicas de Ohio deben eximir las tarifas de instrucción escolar para los niños que califican para recibir beneficios de comidas gratuitas. El personal del servicio de alimentos de la escuela debe tener el consentimiento de los padres para compartir la solicitud de comidas del estudiante si su(s) hijo(s) califican para una exención de tarifa. Si acepta permitir que la solicitud de comidas de su(s) hijo(s) se comparta con los funcionarios escolares para ver si califican para una exención de tarifa, seleccione **sí** en la parte 5. Si no desea que se comparta dicha información, seleccione **no** en la parte 5. Si responde no a esta pregunta, su hijo no será considerado para una exención de tarifa. Responder a esta pregunta de cualquier manera no cambiará la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas que podamos solicitar?** Para saber cómo solicitar el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria de Ohio (SNAP) u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al 877-852-0010.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, envíe un correo electrónico o llame a: rmcwhorter@lmsdoh.org / 513-899-2264
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 513-899-2264
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 513-899-2264

Atentamente,
Ron McWhorter
Supervisor del Servicio de Alimentos

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Un miembro del hogar es cualquier niño o adulto que viva con usted.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) O DE OHIO WORKS FIRST (OWF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar, el nombre de la escuela y el grado de cada niño.
- Parte 2:** Enumere el número de caso de 7 dígitos de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria u Ohio Works First.
- Parte 3:** Omitir esta parte.
- Parte 4:** Omitir esta parte.
- Parte 5:** Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el (los) niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
- Parte 6:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social **no son** necesarios.
- Parte 7:** Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SI NINGUNA PERSONA EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) O DE OHIO WORKS FIRST (OWF) Y SI ALGUNO DE LOS NIÑOS QUE VIVEN CON USTED NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar, el nombre de la escuela y el grado escolar de cada niño.
- Parte 2:** Omitir esta parte.
- Parte 3:** Si algún niño para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante o es fugitivo de su hogar, marque la casilla correspondiente y envíe un correo electrónico o llame a Jamie Miles a jmiles@lmsdoh.org o al 513-899-2264. En caso contrario, omite esta parte.
- Parte 4:** Complete solo si algún niño en su hogar no es elegible según la Parte 3. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.
- Parte 5:** Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el (los) niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
- Parte 6:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no** son necesarios si no tuvo que completar la parte 4.
- Parte 7:** Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SI LA SOLICITUD ES PARA UN NIÑO EN CUIDADO TUTELAR, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños del hogar son niños en cuidado tutelar:

- Parte 1:** Enumere todos los niños en cuidado tutelar, el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño en cuidado tutelar.
- Parte 2:** Omitir esta parte.
- Parte 3:** Omitir esta parte.
- Parte 4:** Omitir esta parte.
- Parte 5:** Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el (los) niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.
- Parte 6:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un número de Seguro Social **no** son necesarios.
- Parte 7:** Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Si algún niño en el hogar es un niño en cuidado tutelar:

- Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar, el nombre de la escuela y el grado escolar de cada niño. Para cualquier persona, incluidos niños, que no tenga ingresos, deberá marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño en cuidado tutelar.
- Parte 2:** Si el hogar no tiene un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF) de 7 dígitos, omite esta parte.
- Parte 3:** Si algún niño para el que está solicitando ayuda no tiene hogar, es migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y envíe un **correo electrónico o llame a Jamie Miles a jmiles@lmsdoh.org o al 513-899-2264**. En caso contrario, omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos Brutos y frecuencia con que se recibieron:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla correspondiente para indicar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para las ganancias, indique el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los recibos de pago. Para otros ingresos, indique el monto y marque la casilla para indicar con qué frecuencia cada persona recibió asistencia de la agencia de bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad. En la sección *Todos los demás ingresos*, incluya la compensación laboral, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios educativos federales y pagos por cuidado tutelar recibidos por la familia de la agencia de colocación. SOLO para los trabajadores autónomos, declare los ingresos después de los gastos en *Ganancias del trabajo*. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar o recibe pagos por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el (los) niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES (INCLUIDOS LOS HOGARES DEL PROGRAMA PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS) SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere todos los miembros del hogar, el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Para cualquier persona, incluidos niños, que no tenga ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos".

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF) de 7 dígitos, omita esta parte.

Parte 3: Si algún niño para el que está solicitando ayuda no tiene hogar, es migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y envíe un correo electrónico o llame a **Jamie Miles a jmiles@lmsdoh.org o al 513-899-2264**. En caso contrario, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos Brutos y frecuencia con que se recibieron:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla para indicar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para los ingresos, asegúrese de incluir el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los recibos de pago. Para otros ingresos, indique el monto y marque la casilla para indicar con qué frecuencia cada persona recibió asistencia de la agencia de bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), beneficios para veteranos (VA) y beneficios por discapacidad. En la sección *Todos los demás ingresos*, incluya la compensación laboral, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios educativos federales y pagos por cuidado tutelar recibidos por la familia de la agencia de colocación. SOLO para los trabajadores autónomos, declare los ingresos después de los gastos en *Ganancias del trabajo*. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar o recibe pagos por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el (los) niño(s) califican para una exención de tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO 2024-2025

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de todos los miembros del hogar (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	Nombre de la escuela y grado de cada niño, o indique "NA" si el niño no asiste a la escuela. Escuela Grado	Verificar si se trata de un niño en cuidado tutelar (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o del tribunal) *Si todos los niños enumerados a continuación son niños de cuidado tutelar, pase a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marcar si Sin ingresos
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. BENEFICIOS: Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y **pase a la Parte 5**. Si nadie recibe estos beneficios, **pase a la Parte 3**.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO DE 7
DÍGITOS: _____

Parte 3. Si algún niño para el que está solicitando no tiene hogar, es migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y envíe un correo electrónico o llame a Jamie Miles a jmiles@msdoh.org o al 513-899-2264.

No tiene hogar Migrante Fugitivo

Parte 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de deducciones). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para la frecuencia con la que se recibe. Registre cada ingreso sólo una vez.

1. NOMBRE (Enumere todos los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON												
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Semanal			Bienestar social, manutención de los hijos, pensión alimenticia	Cada 2 semanas			Pensiones, jubilación, seguridad social, Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), beneficios para veteranos (VA)	Cada 2 semanas			Todos los demás ingresos (Indique la frecuencia, como "semanal", "mensual", "trimestral", "anual")
		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes		Dos veces al mes	Mensual	Mensual					
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50/trimestral
	\$	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____ / _____

Parte 5. CONSENTIMIENTO DE ADULTO PARA EXENCIÓN DE TARIFA DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR: Es posible que sus hijos califiquen para una exención del pago de las cuotas de instrucción escolar. Se requiere su permiso para compartir la información de su solicitud de comida con los funcionarios escolares para determinar si su(s) hijo(s) califican para una exención de tarifas. Responder esta pregunta no cambiará si sus hijos recibirán comidas gratuitas o a precio reducido.

Por favor marque una casilla:

- Sí, acepto que mi solicitud de comida se utilice para determinar si mi(s) hijo(s) califican para una exención de tarifas.**
- No, no acepto que mi solicitud de comida se utilice para determinar si mi(s) hijo(s) califican para una exención de tarifas.**

Firma del (de la) padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Parte 6. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO DEBE FIRMAR)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número de Seguro Social"**. (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad al dorso de esta página).

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede provocar que mis hijos pierdan los beneficios de comida y que yo pueda ser objeto de procesamiento conforme a los estatutos estatales y federales.

Firme aquí: X _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de

teléfono: _____

Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social: __ __ __ No tengo Número de Seguro Social

Parte 7. Identidades étnicas y raciales de los niños: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estemos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Seleccione una etnia:

- Hispano/Latino
 No hispano/latino

Elija una o más (sin importar la etnia):

- Asiático Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano
 Blanco Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

No complete esta sección. Destinado únicamente para uso escolar.

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces al mes, Mes, Año Tamaño del hogar: _____

Elegibilidad categórica: __ Fecha de retiro: _____ Elegibilidad: Gratuito __ Reducido __ Denegado __ Motivo: _____

Firma del funcionario que determina/aprueba: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario que confirma: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario de seguimiento: _____ Fecha: _____

Si se selecciona para verificación, fecha de envío del aviso de verificación: _____ Fecha de respuesta: _____

Segundo aviso enviado: _____ Resultados enviados: _____

Resultado de la verificación: Sin cambios __ Gratuito a precio reducido __ Gratuito a pago __

Precio reducido a gratuito __ Precio reducido a pago __

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae en o por debajo de los límites de esta tabla.

Declaración de la Ley de Privacidad: Aquí explica cómo utilizaremos la información que usted nos proporcione.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información contenida en esta solicitud. No está obligado a proporcionar información, pero si no la proporciona, la agencia estatal no puede aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando usted presenta la solicitud en nombre de un niño en cuidado tutelar o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Ohio Works First (OWF) u otro identificador para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

LINEAMIENTOS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2024-2025			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$27 861	\$2322	\$536
2	37 814	3152	728
3	47 767	3981	919
4	57 720	4810	1110
5	67 673	5640	1302
6	77 626	6469	1493
7	87 579	7299	1685
8	97 532	8128	1876
Cada persona adicional:	9953	830	192

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA a través de:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:** program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Departamento de Educación y Fuerza Laboral de Ohio
Oficina de Nutrición
Programa Nacional de Almuerzos Escolares

AVISO PROTOTIPO A LOS HOGARES SOBRE APROBACIÓN/DENEGACIÓN DE BENEFICIOS
Para el programa del año 2024-2025

Por favor, coloque la siguiente información en el membrete de la escuela.

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Usted solicitó comidas gratuitas o a precio reducido para los siguientes niños:

Su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido para sus hijos ha sido:

Aprobado para comidas gratuitas.

Aprobado para comidas a precio reducido de \$[CANTIDAD] para el almuerzo, \$[CANTIDAD] para el desayuno y \$[CANTIDAD] para refrigerios.

Denegado por los siguientes motivos:

() Ingresos que excedan el monto permitido.

() Solicitud incompleta para _____

() Otro _____

Si no está de acuerdo con la decisión, puede discutirlo con la escuela. Si desea revisar la decisión más a fondo, tiene derecho a una audiencia justa. Esto se puede hacer llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

Nombre [NOMBRE DEL CONTACTO FUNCIONARIO DE AUDIENCIA ESCOLAR]

Dirección_

Teléfono

Si no es elegible ahora, pero tiene una disminución en los ingresos familiares, queda desempleado, aumenta el tamaño de su hogar o se vuelve elegible para recibir fondos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF), complete una solicitud en ese momento.

Atentamente,

		Nombre
Aclaración	Fecha	

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA a través de:

1. **correo:**
Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/Healthy Start, Healthy Families

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precio reducido, también pueden ser elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o del Programa Healthy Start, Healthy Families del estado de Ohio. Los niños con seguro médico tienen más posibilidades de recibir atención sanitaria regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite informar a Medicaid y Healthy Start, Healthy Families que sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, a menos que usted nos indique lo contrario.** Medicaid y Healthy Start, Healthy Families solo utilizan la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa podrían comunicarse con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos. Completar la Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos en el seguro de salud.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o Healthy Start, Healthy Families, complete el formulario a continuación y envíelo (el envío de este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido).

¡No! NO QUIERO que la información de mi solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido se comparta con Medicaid o Healthy Start, Healthy Families.

Si marcó no, complete el formulario a continuación.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del (de la) padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar al **1-800-324-8680**
Devuelva este formulario a: 95 E US 22 & 3 Maineville, Ohio 45039

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado(a) padre/madre/tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus hijos puedan calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. **El envío de este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido.**

¡No! **NO QUIERO** que la información de mi solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido se comparta con ninguno de estos programas.

¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido para la Exención de Cuotas Escolares.

¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido con el **Programa de Mochilas con Alimentos Panther.**

Si marcó sí en alguna o todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información será compartida únicamente con los programas que usted haya marcado.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del (de la) padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Charlie Hartman al 513-899-2334**
Devuelva este formulario a: 95 E US 22 & 3 Maineville, Ohio 45039

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Healthy Start & Healthy Families

¿Su hijo(a) califica para el Programa de Comidas Escolares? ¡Si es así, su familia podría calificar para cobertura médica gratuita!



Healthy Start & Healthy Families

Healthy Start (“inicio saludable”) ofrece cobertura de atención médica gratuita para niños (desde el nacimiento hasta los 19 años) y mujeres embarazadas.

Healthy Families (“familias saludables”) ofrece cobertura de atención médica gratuita para toda la familia: padres E hijos.

Healthy Start y Healthy Families cubren:

Visitas al médico
Atención hospitalaria
Vacunas
Abuso de sustancias

Prescripciones médicas
Servicios de Oftalmología
Cuidado dental
Salud mental

¡Y mucho más!

Para obtener más información o presentar una solicitud, llame al:
1-800-324-8680 (¡una llamada gratuita!)
TDD 1-800-292-3572

Lunes a viernes De 7 a. m. a 8 p. m.
Sábados y domingos De 12 a. m. a 5 p. m.



El tamaño y los ingresos de su familia determinan si usted y su familia son elegibles para Healthy Start o Healthy Families. Healthy Start y Healthy Families son programas de Medicaid administrados por el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio.