

# Christina Distrito de la escuela Servicios de la nutrición Del niño

## Libre y reducido Forma 2008-09 de la ventaja de la familia de las comidas de escuela del precio

**Parte 1. Niños en escuela (utilice una forma separada de la ventaja de la comida para cada uno FOSTER niño)**

Nombres de todos los niños en escuela (Primero, inicial, último medios)	Nombre del sitio/de la escuela	Grado	Fecha de Nacimiento	Estampilla del alimento o caso # de DE-TANF (si cualquiera). ¡Salte para parte 5 si usted enumera una estampilla o el caso # del alimento de DE-TANF PARA CADA NIÑO ENUMERADO!

**Parte 2. Si el niño que usted está solicitando es sin hogar, migratorio, o un cheque del fugitivo la caja apropiada y llama el distrito de la escuela de Christina el enlace sin hogar, Coordinador Migratorio en el teléfono 302-552-2679.**

Sin hogar  Migratorio  Fugitivo

**Parte 3. Niño Foster**

Si esta forma de la ventaja de la comida está para un niño que sea la responsabilidad legal de la agencia de DSCYF o de DSCYF una sala de la corte o del estado, compruebe esta caja  Salto a la parte 5.

**Parte 4. Casa total gruesa Renta-usted debe decirnos que la cantidad de la renta gruesa de cada persona en la casa y cuantas veces se recibe. Para saber si hay miembros de la casa que no reciben ninguna renta, no compruebe por favor NINGUNA renta en la caja #3.**

1. Miembros de la casa (Lista cada uno viviendo en la casa, no enumerada en la parte 1.)	2. Renta gruesa y cómo fue recibida a menudo <i>Ejemplo: \$100/monthly \$100/twice por mes \$100/every la otra semana \$100/weekly</i>				3. Cheque si NINGUNA renta
	Ganancias del trabajo antes de deducción's	Ayuda pública ayuda de niño, alimentos	Pensiones, retiro, Seguridad Social	El resto de la renta	
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	<i>(Ejemplo) \$200/weekly</i>	<i>(Ejemplo) \$150/weekly</i>	<i>(Ejemplo) \$100/monthly</i>	\$ ____ / ____	<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. Firma y número de Seguridad Social (el adulto debe firmar)**

Un miembro de la casa del adulto debe firmar la forma. Si se termina la parte 4, el adulto que firma la forma debe también enumerar su número de Seguridad Social o marcar "no tengo la caja de un número de Seguridad Social". (Véase la declaración del acto de la aislamiento sobre la parte posterior de esta página.)

*Certifico (promesa) que toda la información sobre esta forma es verdad y que toda la renta está divulgada. Entiendo que la escuela conseguirá fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (cheque) la información. Entiendo que si doy adrede la información falsa, mis niños pueden perder ventajas de la comida, y puedo ser procesado.*

**Muestra aquí: X** \_\_\_\_\_ Nombre de la impresión: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Dirección: Número del \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  No tengo un número de Seguridad Social

**Parte 6.  ¡NO! NO desee la información de mi forma libre y reducida de la ventaja de la comida del precio compartida con Medicaid o el programa del seguro médico de niños del estado (VIRUTA). Para más información sobre DECHIP, llame: 1-800-996-9969. SI USTED NO COMPRUEBA ESTA CAJA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.**

**Parte 7. Niños raciales e identidades étnicas (opcionales)**

Marque unas o más identidades raciales:  Asiático  Indio o natural americano de Alaska  Hispanico o Latino  Blanco Latino  Isleño hawaiano u otro pacífico nativo Otro  No hispanico o Latino  Americano negro o africano

Marque una identidad étnica: \_\_\_\_\_

**DO NOT MARK IN THIS SECTION FOR SCHOOL USE ONLY!!**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Annual Income: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Forma de la ventaja de la comida de la familia para Comidas de escuela libres y reducidas del precio 2008-09

Districto de la escuela de Christina ■ Servicios de la nutrición del niño  
Edén Suporta Cervices Centre ■ 925 Berra-Corbitt Orad – Berra, DE 19701

## Estimado padre o guarda:

El distrito de la escuela de Christina participa en el programa nacional del almuerzo de escuela/el programa del desayuno de la escuela. Las comidas nutritivas se sirven cada día de la escuela. Todas las comidas servidas deben resolver los estándares de la nutrición establecidos por los E.E.U.U. Ministerio de Agricultura. Los estudiantes elementales pueden comprar el almuerzo para \$1.50 y desayuno para \$.80. Los estudiantes secundarios pueden comprar el almuerzo para \$1.75 y desayuno para \$1.00. Usted puede pagar por adelantado para las comidas de escuela. Compre diez (10) comidas y consiga (1) libre en un coste de \$15.00 para elemental y \$17.50 para los estudiantes secundarios. Por favor haga los cheques pagaderos al distrito de la escuela de Christina.

Los niños de las casas que resuelven pautas federales de la renta son elegibles para las comidas libres o las comidas reducidas del precio en \$.40 para el almuerzo y \$.25 para el desayuno. Usted puede también pagar por adelantado para las comidas reducidas del precio. Compre diez (10) comidas y consiga uno (1) libre en un coste de \$4.00 para los estudiantes elementales y secundarios. Para solicitar comidas libres o reducidas del precio, llene el formulario este tan pronto como sea posible, firmelo y vuélvalo a la cafetería de su niño. **Usted necesita solamente completar UNA forma por la familia.**

Si a un doctor ha determinado a un niño que se inhabilitará y la inhabilidad evitaría que el niño comiera la comida de escuela regular, la escuela hará las substitutiones prescritas por el doctor. Si una substitution es necesaria, no habrá carga adicional para la comida. Las substitutiones se pueden arreglar por servicios de la nutrición del niño que entran en contacto con en 302-454-2022.

**CASAS DEL ALIMENTO STAMP/DE-TANF:** Si usted ahora recibe estampillas del alimento o DE-TANF, su niño (ren) es elegible para las comidas libres. Usted tiene que enumerar solamente la estampilla del nombre y del alimento de su niño o número del caso de DE-TANF, imprimir su nombre, y firmar la forma. Puesto que usted ha dado ya la información de la renta a la oficina de la estampilla de DE-TANF/Food, la escuela puede confirmar su elegibilidad. Observe por favor que Medicaid numera **no** califique a su niño (ren) para las comidas libres. Participantes de WIC **pueda** sea elegible para las comidas libres/reducidas del precio.

**EL RESTO DE LAS CASAS:** Si su renta de casa está en o debajo del nivel demostrado en la escala en la PARTE 3 de la hoja de instrucción de la forma de la ventaja de la comida de la familia en la página siguiente, su niño es elegible para libera o redujo comidas del precio. Para solicitar ventajas de la comida, usted debe proporcionar toda la información de siguiente o su forma no puede ser aprobada.

- **Miembros de la casa:** Enumere el nombre de cada uno quién vive en su casa. Incluya a los padres, a los abuelos, a todos los niños, a otros parientes y a gente sin relación que vivo en su casa (el número en casa y la lista de nombres debe emparejar).
- **Números de Seguridad Social:** Enumere el número de Seguridad Social del adulto que firma la forma. Si esta persona no tiene una impresión del número de Seguridad Social “NINGUNOS”.
- **Renta mensual:** Enumere la cantidad de renta cada casa que el miembro ahora consigue y de donde viene (ex: salarios, DE-TANF, pensiones) y cuantas veces se recibe **ANTES** deducciones para los impuestos, la Seguridad Social, el etc. Si usted tiene un miembro de la casa para quien la renta del mes pasado era más alta o más bajo que generalmente, enumere que la renta mensual media prevista de la persona.
- **Firma:** Un miembro de la casa del adulto debe firmar la forma.

**VERIFICACIÓN:** La información sobre la forma se puede comprobar por los funcionarios de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Usted puede ser pedido enviar evidencia escrita para demostrar que su niño debe conseguir comidas libres o reducidas del precio.

**DIVULGACIÓN DE CAMBIOS:** Si hay cambios dentro de su casa, usted puede reaplicar para las ventajas de la comida en cualquier momento durante el año escolar .

**NIÑO FOSTER:** Si usted está solicitando un niño foster/el niño casero del grupo, la forma debe tener la firma del nombre del niño y de un adulto.

**NONDISCRIMINATION:** Los E.E.U.U. El Ministerio de Agricultura (USDA) prohíbe la discriminación en todas sus programas y actividades en base de la raza, del color, del origen nacional, del género, de la edad, o de la inhabilidad. Personas con las inhabilidades que requieren medios de comunicaciones alternativos de la información del programa (Braille, ampliación de foto, cinta magnética para audio, etc.) deben entrar en contacto con el centro de la BLANCO del USDA en (202) 720-2600 (voz y TDD). Para archivar una queja de la discriminación, escriba USDA, director, oficina de las derechas civiles, sitio 326-W, edificio de Whitten, 14<sup>th</sup> y avenida de la independencia, interruptor, Washington, C.C. 20250-9410 o llamada (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es abastecedor y patrón de la oportunidad igual.

**SÚPLICA:** Si usted no conviene con la decisión del distrito en su forma o el resultado de la verificación, usted puede desear discutirlo con los funcionarios de la escuela. Usted también puede tener la derecha a una audiencia justa. Esto puede ser hecha entrando en contacto con al funcionario siguiente:

Districto de la escuela de Christina  
Superintendente de la Williams-Ayudante del Freeman  
600 N. Calle de Lombard – Wilmington, DE 19801 – 302-552-2667

**SECRETO:** Utilizaremos la información sobre su forma para decidir si su niño consigue comidas libres o reducidas del precio. Podemos informar a los funcionarios conectados con la otra nutrición del niño, salud y los programas de la educación de la información sobre su forma para determinar las ventajas para esos programas o para los propósitos del financiamiento y/o de la evaluación, por ejemplo verifican elegibilidad del título I.

**REAPPLICATION:** Usted puede solicitar ventajas en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora sino tiene una disminución de la renta de casa, un aumento de tamaño de la casa, llega a estar parado, o consigue estampillas del alimento o DE-TANF para su niño, completan una forma en aquel momento.

**Le notificarán cuando la forma de la ventaja de la comida es aprobada o serán negado.**

Orujo-Antony Williams, Supervisor de la nutrición del niño  
(302) 454-2022

## Instrucciones de la forma de la ventaja de la comida de la familia

Para solicitar comidas libres y reducidas del precio, llene el formulario usando estas instrucciones para su casa. Firme la forma, sepárela a lo largo de la línea punteada y vuelva la forma a la escuela. Llene el formulario por favor separado para cada uno niño foster o agrupe a niño casero.

Llame la oficina de los servicios de la nutrición del niño del distrito (302-454-2022), si usted necesita la ayuda que llena el formulario este.

### Parte 1..... **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: TODAS LAS CASAS SON TERMINAR ESTA PARTICIÓN.**

- (1) Imprima los nombres de TODOS de los niños quienes usted está solicitando.
- (2) Enumere su fecha de nacimiento, grado, nombre de la escuela, estampilla del alimento o caso # de DE-TANF y renta gruesa mensual del estudiante (si cualquiera).
- (3) Enumere un número actual de la estampilla del alimento o del caso de DE-TANF para cada niño.  
**Los números de Medicaid no califican para las comidas libres.**
- (4) Firme la forma en la PARTE 5. Un miembro de la casa del adulto debe firmar e incluir número de Seguridad Social.

### Parte 2 **CASAS CON UN NIÑO SIN HOGAR, EL NIÑO MIGRATORIO, O UN NIÑO DEL FUGITIVO: TERMINE LA PARTE 1 SOLAMENTE.**

- (1) Si el niño que usted está solicitando es sin hogar, migratorio, o un fugitivo, llama a su escuela, enlace sin hogar o coordinador migratorio en (302) 552-2679.

### Parte 3..... **CASAS CON UN NIÑO FOSTER O EL NIÑO CASERO DEL GRUPO: TERMINE ESTA PARTE Y LA PARTE 5.**

**Un niño foster es la responsabilidad legal de una agencia o de la corte de DSCYF/DE-TANF.**

- (1) El padre adoptivo o el otro funcionario que representa al niño debe firmar la forma en la PARTE 5.

### Parte 4..... **EL RESTO DE LAS CASAS: TERMINE ESTA PARTE Y LA PARTE 5.**

- (1) Escriba los nombres de cada uno en su casa, si consiguen renta o no. Inclúyase , a el resto de los niños, al su esposo, a los abuelos, y a la otra gente relacionada y sin relación en su casa. Utilice otro pedazo de papel si usted necesita más espacio.
- (2) Escriba a cantidad de renta cada miembro de la casa conseguido el mes pasado antes de que impuestos o todo lo demás tomados hacia fuera, y de donde vino, por ejemplo ganancias,  
El DE-TANF, las pensiones, y la otra renta. Si cualquier cantidad el mes pasado estaba más o menos que generalmente, escriba la renta mensual generalmente de esa persona;
- (3) Un miembro de la casa del adulto debe firmar la forma y dar su número de Seguridad Social en la PARTE 5.

#### RENTA AL INFORME

#### Ganancias del trabajo

Salarios/sueldos/extremidades  
Ventajas de huelga  
Remuneración de desempleo  
Remuneración del trabajador  
Renta neta de Uno mismo-Poseído  
Negocio o granja  
Derechos /anualidades netos  
**Ayuda /alimentos de DE-TANF/Child**  
Pagos públicos de la ayuda  
Pagos de DE-TANF  
Pagos de la ayuda de los alimentos /de niño

#### Pensiones/retiro/Seguridad Social

Pensiones  
Renta de seguridad suplemental  
Renta de retiro  
Pagos del veterano  
Seguridad Social

#### La otra renta

Pagos por invalidez  
Retirada de fondos de ahorros  
Interés/dividendos  
Rentas de estados/de confianzas/de inversiones  
Contribuciones regulares de personas  
No viviendo en la casa  
Renta neta  
Cualquier otra renta

Para calcular renta anual: Semanal X 52      Cada 2 semanas X 26      Dos veces un mes X 24      X mensual 12

### **PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS USADAS POR LA AUTORIDAD DE ALIMENTOS DE LAS ESCUELAS PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIO**

■ Efectivo desde 1 de Julio del 2008 al 30 de junio del 2009

If your household income is at or below the level shown on this scale, your child is eligible for either free or reduced price meals.

Tamaño de la Familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$19,240	\$1,604	\$370
2	\$25,900	\$2,159	\$499
3	\$32,560	\$2,714	\$627
4	\$39,220	\$3,269	\$755
5	\$45,880	\$3,824	\$883
6	\$52,540	\$4,379	\$1,011
7	\$59,200	\$4,934	\$1,139
8	\$65,860	\$5,489	\$1,267

Para cada miembro

Adicional del hogar, anada = + \$6,660      + \$555      + \$129

#### **AYUDA CON EL INGRESO MENSUAL:**

Para determinar el ingreso mensual:

Si recibe el ingreso todas las semanas, multiplique el ingreso total bruto por 52.

Si recibe el ingreso cada dos semanas, multiplique el ingreso total bruto por 26.

Si recibe el ingreso mensual, multiplique el ingreso total bruto por 12

Recuerdo, debe informar la cantidad de ingreso total antes que se hagan deducciones de impuestos, seguro social, beneficios medicos, pagosa sindicatos u otras

### Parte 5..... **NÚMERO Y FIRMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL: TODAS LAS CASAS TERMINAN ESTA PARTICIÓN.**

- (1) Todas las formas deben tener la firma de un miembro de la casa del adulto.  
La forma debe tener el número de Seguridad Social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un número de Seguridad Social, compruebe por favor "yo no tienen la caja de un número de Seguridad Social". Si usted enumeró una estampilla del alimento o el número de DE-TANF para su niño, o si usted está solicitando un niño foster, un número de Seguridad Social no es necesario.

**Parte 6.....** Compruebe esta caja si usted no desea hacer su información compartir con Medicaid o el programa del seguro médico de niños del estado (VIRUTA).

**Parte 7.....** **IDENTIDAD DE RACIAL/ETHNIC:** Termine la pregunta racial/étnica de la identidad si usted desea. Le no requieren contestar a esta pregunta para conseguir comidas libres o reducidas del precio. Necesitamos esta información cerciorarse de que cada uno esté tratado bastante.