

Bentonville Public Schools
Nutrition Service Department
400 NW 2nd Street
Bentonville, AR 72712

Estimado padre o tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Bentonville Public Schools** ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. Costo por desayuno **\$1.50**, costo por almuerzo **\$2.30 (K-6) & 2.50 (7-12)**. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es **\$.30** para el desayuno y **\$.40** para el almuerzo.

1. **¿Tengo que llenar una solicitud para cada niño?** No. Complete el formulario para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una sola solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Nosotros no podemos aprobar una solicitud que no está completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a: Bentonville Public Schools, Nutrition Services, 400 NW 2nd Street, Bentonville, AR 72712, 479-254-5045.**
2. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Todos los niños en hogares que reciben Supplemental Nutrition Assistance Program o Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP) (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos), pueden recibir comidas gratis sin importar los ingresos. También, sus niños pueden recibir comidas gratis si el ingreso familiar bruto está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos para Elegibilidad.
3. **¿Pueden los niños en adopción temporal recibir comidas gratis?** Sí, los niños en adopción temporal que están bajo la responsabilidad de una agencia de adopción temporal o de la corte, son elegibles para recibir comidas gratis sin importar los ingresos.
4. **¿Pueden los niños sin hogar, escapados y niños migrantes recibir comidas gratis?** Sí pueden los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, escapados o migrantes, califican para recibir comidas gratis. Si no se les ha dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico **Bentonville Public Schools, Suzanne Nicholas, 479-254-5019** para ver si su hijo (s) califican.
5. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Tabla Federal de Ingresos para Elegibilidad, que se muestra en esta solicitud.
6. **¿Aún debo llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis o a precio reducido?** Por favor, lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **479-254-5045** si tiene preguntas.
7. **La solicitud de mi hijo fue aprobado el año pasado. ¿Tengo que llenar otra?** Sí. La solicitud de su hijo sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le ha dicho que su hijo es elegible para recibir comidas gratis para el nuevo año escolar.
8. **Yo recibo WIC. ¿Puede mi hijo (a) recibir comidas gratis?** Los niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, llene una solicitud.
9. **¿Será verificada la información que doy?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe comprobación escrita de la misma.
10. **Si no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se encuentre sin empleo, pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de la familia cae por debajo del límite de ingresos.
11. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Usted debe hablar con los funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: Mary Denny, 400 NW 2nd Street, Bentonville, AR 72712, 479-254-5045. If you still do not agree with this decisión you may contact your Superintendent, 500 Tiger Blvd., Bentonville, AR 72712, 479-254-5000.
12. **¿Puedo aplicar si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE.UU.?** Sí. Usted o su hijo (s) no tienen que ser un ciudadano de los EE.UU. para recibir comidas gratis o a precio reducido.
13. **¿A quién debo incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar ya sean familiares o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. No incluya otras personas que viven con usted pero son económicamente independientes (por ejemplo, las personas a las que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada de los gastos).
14. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre el mismo?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$ 1.000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$ 900, anote que usted recibe \$ 1.000 al mes. Incluya si usted generalmente cobra por horas extras, pero no si usted las cobra sólo a veces. Coloque sus ingresos actuales si usted ha perdido un trabajo o tuvo una reducción de sus horas o salarios.
15. **Estamos en las Fuerzas Armadas, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como ingreso?** Debe incluirse como ingreso si usted recibe un subsidio para vivienda fuera de la base. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa para la Privatización de Viviendas de Militares, usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como ingreso.
16. **Mi esposo está de servicio en una zona de combate. ¿Se cuenta la paga por combate como ingresos?** No, si la paga por combate se recibe, además del salario básico debido a su despliegue al frente y no se recibió antes de su despliegue, la paga por combate no se cuenta como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que puedo solicitar?** Para averiguar cómo solicitar cupones para alimentos u otros beneficios de asistencia, llame o vaya al Departamento de Servicios Humanos (DHS) en cualquier condado y pida un formulario de solicitud. La solicitud está disponible en línea para ser impresa en: <http://www.arkansas.gov/dhs/dco/OPPD/>
18. Las estadísticas de almuerzo gratis o a precio reducido permiten que nuestras escuelas reciban financiación de tecnología por parte del gobierno federal. Ofrece acceso a Internet y servicios de aprendizaje a distancia. Por favor ayúdenos devolviendo este formulario

If you have other questions or need help, call **479-254-5045**.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: **479-254-5045**.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: **479-254-5045**.

Sinceramente,
Mary Denny
Nutrition Services Manager

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

Si su familia recibe beneficios del Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP), anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos, siga estas instrucciones:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado.

Parte 2: Complete el nombre del miembro del hogar que recibe beneficios de SNAP y el número de caso SNAP

Parte 3: Sáltese esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario el número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de identidad racial y una casilla de etnicidad.

Si NADIE en su familia recibe beneficios de SNAP, Y si todos los niño (s) en su hogar son hijo (s) en adopción temporal:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado. Marque la casilla para cada niño (s) que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de una corte.

Parte 3: Sáltese esta parte.

Parte 4: Firme el formulario. No es necesario el número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de identidad racial y una casilla de etnicidad.

TODOS LAS DEMÁS FAMILIAS, incluyendo las familias con ambos, hijos adoptivos temporales y no adoptivos temporales en el mismo hogar y los que reciben WIC, siga estas instrucciones:

Parte 1: Nombre a todos los niño (s) que asisten a este distrito escolar por su nombre, escuela, grado. Marque la casilla para cada niño (s) que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de una corte.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP, sáltese esta parte. Si un número de caso SNAP está en la lista, pase a la parte 4 de este formulario.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar el mes pasado.

Columna 1: Nombre: Anote el nombre y apellido de **cada** persona que vive en su hogar ya sean familiares o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Pero no incluya a otras personas que viven con usted pero que son económicamente independientes (por ejemplo, las personas que no son compatibles, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una cuota prorrateada de los gastos).

Columna 2: Ingreso bruto del mes pasado y cuantas veces fue recibido. Al lado del nombre de cada persona, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes, y con qué frecuencia se recibe el dinero. Por ejemplo, Ingresos de empleo: Anote el ingreso bruto (no lo que se lleva a casa) que ganó cada persona. Esto no es lo mismo de lo que se lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe se lo puede decir. Junto a la cantidad, escriba la frecuencia en que la persona recibe el ingreso (por ejemplo: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente).

Columna 3: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia,

Columna 4: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de las pensiones, la jubilación, el Seguro Social Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA),

Columna 5: Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de CUALQUIER OTRO INGRESO. No incluyen el Departamento de Defensa de la Familia y de subsistencia de consulta de derechos (FSSA) como ingresos. Incluye las prestaciones de invalidez, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga y las contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto de negocio propio, granja o ingresos por alquiler. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

Columna 6-Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la casilla.

Parte 4: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y la lista de los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar el bloque si él o ella no tiene un Número de Seguro Social.

Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea. Marque una casilla de la identidad racial y una casilla a la diversidad étnica.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en la escuela en este distrito			
Nombres de todos los niños en escuelas en este distrito (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Marque si es un niño en adopción temporal (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o de la corte). Si todos los niños que se enumeran a continuación son los niños en adopción temporal, pase a la parte 4 de este formulario.
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. Los beneficios de SNAP: Si algún miembro de su hogar recibe Programa de asistencia para nutrición suplementaria (SNAP), proporcionar el nombre y el número de caso de cualquier miembro del hogar que recibe beneficios y pase a la Parte 4. Si nadie recibe beneficios de SNAP, pase a la parte 3 Nombre: _____ Número de caso: _____ - _____ - _____

Parte 3. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe					
1. Nombre (Anote a todos en su hogar)	2. Ingreso bruto y frecuencia Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	<input type="checkbox"/>

Parte 4. Firma y los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". (Vea la Ley de Privacidad en la parte posterior de este formulario.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre en mayúsculas: _____

Fecha: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: xxx-xx - ____ - ____ No tengo número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

<p><u>Marque una o más de las identidades raciales:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano</p>	<p><u>Marque una identidad étnica:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino</p>
---	---

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial 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: _____ **SNAP* (food stamps):** _____ **Categorically Eligible:** _____ **Date Withdrawn:** _____

Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ **Reason:** _____

Temporary: Free _____ Reduced _____ **Time Period:** _____, _____, _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS			
Para el Año Escolar 2011-2012			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1 persona	\$ 20,147	\$1,679	\$ 388
2	\$ 27,214	\$2,268	\$ 524
3	\$ 34,218	\$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

*** SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program o Programa de asistencia para nutrición suplementaria (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos)**

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos da. La Ley Nacional Richard B. Russell de Almuerzos Escolares, exige la información requerida en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si usted está solicitando para un niño en adopción temporal o usted anota el número de caso del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) para su hijo, o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad, con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, a los auditores para revisar programas, y al personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos que son sordos o tienen discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades y de empleo.