

**Application #:**

**Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2016-2017**

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de escribir a máquina o usar un bolígrafo (no lápiz).

Solicitud también disponible en:

**PASO 1**

Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia." Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño [pulse la barra espaciadora para avanzar]	ESCUELA	¿Estudiar en el día escolar aquí?	SI	NO	Indique todo lo que sea pertinente:	Miembro del hogar	SI	NO

**PASO 2**

¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDIPIR?  Sí  No

Si usted indicó NO > Complete PASO 3. Si usted indicó SÍ > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

No. de Caso:   
Escriba sólo un número de caso en este espacio.

**PASO 3**

Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'SI' en el PASO 2)

La siguiente página tiene un gráfico "Fuentes de Ingreso" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará a responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará a responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).  
SCHOOL USE ONLY  
DO Initial: \_\_\_\_\_  
Approval Date: \_\_\_\_\_  
F R D  
(Circle Eligibility)

**A. Ingreso del Niño**  
A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).  
**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**  
Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos		¿Con qué frecuencia?		Asistencia pública/ manutención de menores o pensión matrimonial		¿Con qué frecuencia?		Pensión/Jubilación/ otros ingresos		¿Con qué frecuencia?	
	semana	quincenal	2x mes	1x mes	semana	quincenal	2x mes	1x mes	semana	quincenal	2x mes	1x mes
\$												
\$												
\$												
\$												
\$												

Indique si no hay SSN

**PASO 4**

Información de contacto y firma de adulto

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

X	X	X	X
---	---	---	---

Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos)

Calle y número de casa (si está disponible)

Estado

Código Postal

Teléfono y correo electrónico (opcional)

Fecha de hoy:

Firma del adulto que llenó el formulario:

\*Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.\*

**INSTRUCCIONES Fuentes de Ingresos**

Fuentes de Ingresos Para Niños	
Fuentes de Ingresos del Niño	Ejemplos
- Ganancia del trabajo	- Un niño tiene un trabajo que le paga un salario.
- Seguro Social	- Un niño es ciego o con incapacidad que recibe beneficios de seguro social.
- Pagos por Incapacidad	- Uno de los padres tiene una incapacidad, es pensionado o difunto, y su hijo recibe beneficios de seguro social.
- Beneficios Para Sobrevivientes	-Amigos o familiares que generalmente mandan dinero al niño.
-Ingresos de otras personas que no pertenecen al hogar	-Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, anualidades o fideicomiso.
-Ingreso de cualquier otra fuente	

**OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  
 Raza (marque uno o más):  Indio Americano y Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Americano Africano  Nativo de Hawái u Otro Isléno del Pacífico Sur  Blanco

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

**Fuentes de Ingresos Para Adultos**

Ingresos del Trabajo	Asistencia Pública/Mantenimiento de Menores/Pensión Matrimonial	Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos
- Sueldo, pagos, bonos en efectivo	- Beneficios de Desempleo	- Seguro Social (Incluyendo jubilación de ferrocarriles y enfermedad del pulmón de minero)
- Ingresos neto de trabajo independiente (finca o negocio propio)	- Compensación laboral	- Pensiones privadas o por discapacidad
- Si esta en las Fuerzas Armadas de los EE.UU.:	- Ingreso Complementario del Seguro Social (SSI)	- Ingresos de herencia o fideicomisos
- Sueldo básico y bonos en efectivo (No incluye pago de combate, FSSA o ayudas privadas de vivienda)	- Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local	- Ingresos de inversiones
- Ayudas para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa	- Pensión matrimonial	- Anualidades
	- Beneficios para los veteranos de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.	- Intereses
	- Pagos por hueleigas	- Ingresos de alquiler
		- Pagos regulares en efectivo de fuentes afuera del hogar

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA. (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# COMO SOLICITAR COMIDA ESCOLAR GRATUITA Y DE PRECIO REDUCIDO

---

Favor utilice estas instrucciones para llenar la solicitud para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido. Solamente necesita completar **una** solicitud por hogar, aún si sus hijos asisten a más de una escuela. Debe llenar completamente la solicitud para solicitar comida gratuita o de precio reducido para sus hijos.

Favor siga estas instrucciones en el orden indicado. Cada paso de las instrucciones corresponde a los pasos en la solicitud. Si en algún momento usted no está seguro cómo responder, favor de contactar su escuela.

**FAVOR USE UN BOLÍGRAFO (NO LÁPIZ) AL LLENAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA EN LETRA CLARA Y DE MOLDE.**

## **PASO 1: HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS BEBÉS, NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12 MIEMBROS DE SU HOGAR.**

Diga cuántos bebés, niños y estudiantes viven en su hogar. Ellos no tienen que ser parientes para ser parte de su hogar.

### **¿A quiénes debo incluir en esta lista?**

Al llenar esta sección, favor incluya a todos los miembros de su hogar que son:

- Menores de 18 o menos años sustentados por el ingresos del hogar;
- Niños/as en su cuidado temporal que califican como jóvenes sin hogar, migrantes, o fugitivos;
- Estudiantes que asisten a la escuela, *no importa la edad.*

**A) Haga una lista con los nombres de cada niño.** Para cada niño, imprima su primer nombre, inicial de su segundo nombre, apellido y nombre de la escuela donde asiste. Ponga sólo un nombre por línea. Al escribir los nombres, ponga una sola letra en cada casilla. No continúe si no hay más casillas. Si no le alcanzan las líneas del formulario, agregue una hoja con toda la información requerida para los niños adicionales.

**B) ¿Es el niño o la niña estudiante en la escuela/distrito escolar aquí?** Marque "Sí" o "No" bajo la columna titulada "Estudiante en el distrito escolar aquí?" para indicar los niños que asisten a la escuela/distrito escolar.

**C) ¿Tiene algún niño adoptivo temporal (foster)?** Si algún niño(a) está con usted como adoptivo temporal, marque la casilla titulada "Foster Child" al lado del nombre del niño(a). **Los niños adoptivos temporales que viven con usted se considerarán como miembros de su hogar y deben ser listados en su solicitud.** Si usted está solicitando solamente para los niños adoptivos temporales, después de completar PASO 1, vaya al PASO 4 de la solicitud y estas instrucciones.

**D) ¿Hay niños sin hogar, migrantes o fugitivos?** Si usted cree que algún niño listado en esta sección puede caer en estas descripciones, favor marque la casilla al lado del nombre del niño(a) titulada "Sin Hogar, migrante, Fugitivo" y **complete todos los pasos de la solicitud.**

**PASO 2: ¿PARTICIPA ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR, INCLUYÉNDOSE A USTED, EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: SNAP O TANF?**

**Si alguien en su hogar participa en los programas de asistencia indicados abajo, sus niños son elegibles para recibir comida gratuita escolar:**

- El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (NJ SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

**A) SI NADIE EN SU HOGAR PARTICIPA EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ARRIBA:**

- *Marque con un círculo “NO” y vaya al PASO 3 en estas instrucciones y PASO 3 en su solicitud.*
- *Deje en blanco PASO 2.*

**B) SI ALGUIEN EN SU HOGAR PARTICIPA EN ALGUNO DE LOS PROGRAMAS MENCIONADOS ARRIBA:**

- *Marque con un círculo “SÍ” e indique un número de caso para el SNAP o TANF. Usted necesita escribir sólo un número de caso. Si usted participa en uno de estos programas y desconoce su número de caso, contacte la agencia local. Usted **debe** proveer un número de caso en su solicitud si usted marcó con un círculo “SÍ”.*
- *Vaya al PASO 4.*

**PASO 3: DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

**A) Reporte todos los ingresos de los niños.** Vea la tabla titulada “Fuentes de Ingreso Para Niños” en estas instrucciones y reporte el ingreso total bruto para **TODOS** los niños listados en Paso 1 en la casilla señalada “Ingreso Total del Niño.” Solamente incluya el ingreso de los niños adoptivos temporales si usted está solicitando para ellos junto con el resto de los miembros de su hogar. Es opcional incluir en la lista los niños adoptivos temporales que viven en el hogar.

**¿Qué es el Ingreso del Niño?** Ingreso del niño se refiere al dinero recibido de una fuente fuera del hogar y pagado **directamente** a sus niños. Muchos hogares no reciben ingreso para sus niños. Use la tabla abajo para determinar si su hogar tiene ingreso del niño para reportar.

**FUENTES DE INGRESOS PARA NIÑOS**

Fuentes de Ingreso del Niño	Ejemplos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganancia del trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño tiene un trabajo que le paga un salario.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro Social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pagos por Incapacidad</li> <li>○ Beneficios Para Sobrevivientes</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño es ciego o con incapacidad que recibe beneficios de seguro social.</li> <li>• Uno de los padres tiene una incapacidad, es pensionado o difunto, y su hijo recibe beneficios de seguro social.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos de otras personas que no pertenecen al hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amigos o familiares que generalmente mandan dinero al niño.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso de cualquier otra fuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, anualidades o fideicomiso.</li> </ul>

**PARA CADA ADULTO DEL HOGAR:**

**¿A quién debo poner en esta lista?**  
 Al llenar esta sección, favor incluya a **todos** los miembros de su hogar que:

- Viven con usted y comparte ingresos y gastos, *aun si ellos no son parientes y aun si no reciben sus propios ingresos.*

**No** incluya a personas que:

- Viven con usted pero no se están manteniendo con el ingreso de su hogar y no contribuyen ingresos a su hogar.
- Niños y estudiantes que ya están en la lista del Paso 1.

**¿Cómo lleno el formulario con la cantidad y fuente del ingreso?**

**PARA CADA CLASE DE INGRESO:**

- Use las tablas en esta sección para determinar si su hogar tiene ingresos que reportar.
- Reporte **SOLAMENTE** el **ingreso bruto total**. Reporte todo ingreso en dólares redondeados sin incluir centavos.
  - El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de restar impuestos o deducciones.
  - Mucha gente considera ingreso como la cantidad que le queda y no el total que le pagan. Asegúrese que el ingreso reportado en esta solicitud es la cantidad antes de pagar impuestos, prima de seguro, o cualquier otra cantidad sacada de su sueldo.
- Escriba "0" (cero) en las casillas donde no hay ingresos que reportar. Si deja una casilla para ingreso en blanco o vacía, se va a considerar como cero y usted está certificando que no hay ingreso para reportar. Si los oficiales locales tienen disponible información de que el ingreso de su hogar fue reportado incorrectamente, su solicitud será verificada.
- Marque la frecuencia con que recibe ingresos usando las casillas al derecho de cada línea.

**B) Haga una lista de los adultos miembros del hogar.** Escriba en letra de molde el nombre de cada miembro del hogar en las casillas marcadas "Nombres de Miembros Adultos del Hogar (Primer Nombre y Apellido)." **No incluya a los miembros del hogar usted puso en el PASO 1.** Si un(a) niño(a) listado(a) en PASO 1 tiene ingreso, siga las instrucciones en PASO 3, Parte A.

**C) Reporte ingresos de su trabajo.** Consulte la tabla titulada "Fuentes de Ingresos" en estas instrucciones y reporte ingresos en el espacio correspondiente en la solicitud. Estos son ingresos recibidos de su trabajo. Si usted es trabajador independiente o agricultor, usted reportará su ingreso neto.

**¿Y si soy trabajador independiente?**

Si usted es trabajador independiente, reporte el ingreso de su trabajo como **neto**. Éste se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto.

**D) Reporte Ingresos de Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Matrimonial.** Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos Para Adultos” en estas instrucciones y reporte todo ingreso en la casilla “Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Matrimonial” en la solicitud. No reporte el valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está incluida en la tabla. Si hay ingreso de manutención de menores o pensión matrimonial, solamente pagos **ordenados por una corte** deben ser reportados aquí. Pagos informales pero regulares deberían ser reportados como “otro” ingreso en la próxima sección.

**E) Reporte ingresos de Pensión/Jubilación/Otros Ingresos.** Consulte la tabla titulada “Fuentes de Ingresos de Adultos” en estas instrucciones y reporte todo ingreso relacionado en el espacio de la solicitud titulado “Pensiones/Jubilación/Otros Ingresos.”

**F) Reporte el Número Total de Personas en el Hogar.** Ponga el número total de los miembros del hogar en el espacio “Número Total de los Miembros del Hogar (Niños y Adultos).” Este número **DEBE** ser igual a la suma de los miembros del hogar listados en el PASO 1 y el PASO 3. Si hay miembros del hogar que usted no ha puesto en las listas de la solicitud, vuelva a la solicitud y agréguelos. Es muy importante poner en las listas a todos los miembros de su hogar porque el número de personas en su hogar determina el límite o tope del ingreso usado para determinar si puede recibir comida gratuita o de precio reducido.

**G) Escriba los últimos cuatro números del Seguro Social.** El/la asalariado/(a) principal u otro miembro adulto del hogar debe escribir los últimos cuatro números del Seguro Social en el espacio indicado. **Usted es elegible para solicitar beneficios aun si no tiene un número del Seguro Social.** Si ningún miembro adulto del hogar tiene número del Seguro Social, deje en blanco este espacio y ponga una “X” en la casilla a la derecha titulada “Marque si no hay SS#.”

<b>FUENTES DE INGRESOS PARA ADULTOS</b>		
<b>Ingresos del Trabajo</b>	<b>Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Matrimonial</b>	<b>Pensión/Jubilación/Otros Ingresos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldo, pagos, bonos en efectivo</li> <li>• Ingreso <b>neto</b> de trabajo independiente (finca o negocio propio)</li> </ul> <p><b>Si está en las Fuerzas Armadas de los EE.UU:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldo básico y bonos en efectivo (No incluya pago de combate, FSSA o ayudas privadas de vivienda)</li> <li>• Ayudas para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de Desempleo</li> <li>• Compensación laboral</li> <li>• Ingreso Complementario del Seguro Social (SSI)</li> <li>• Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local</li> <li>• Pensión matrimonial</li> <li>• Manutención de menores</li> <li>• Beneficios para los veteranos de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.</li> <li>• Pagos por huelgas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro Social (incluyendo jubilación de ferrocarriles y enfermedad del pulmón de minero)</li> <li>• Pensiones privadas o por discapacidad</li> <li>• Ingresos de herencia o fideicomisos</li> <li>• Anualidades</li> <li>• Ingreso de inversiones</li> <li>• Intereses</li> <li>• Ingresos de alquiler</li> <li>• Pagos <i>regulares</i> en efectivo de fuentes afuera del hogar</li> </ul>

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE ADULTO**

**Toda solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar.** Al firmar la solicitud, ese miembro del hogar certifica que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. **Antes de completar esta sección, asegúrese también de leer las declaraciones de derechos civiles y de privacidad al reverso de la solicitud.**

**A) Provea su información de contacto.** Si tiene dirección permanente, escriba su dirección actual en los espacios correspondientes. **Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.** Poner un número de teléfono, correo electrónico es opcional, pero nos ayuda a contactarle rápidamente si necesitamos hacerlo.

**B) Firme y escriba su nombre en letra de molde.** Escriba su nombre en letra de molde en la casilla "Nombre en letra de molde del adulto que llena el formulario." Y firme en la casilla "Firma del adulto que completa este formulario."

**C) Escriba la Fecha de Hoy.** Escriba la fecha de hoy en la casilla indicada.

**D) Indique las Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (opcional).** Al reverso de la solicitud, pedimos que usted dé información sobre la raza y etnicidad de sus niños. **Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comida gratuita escolar o de precio reducido.**

**TENAFLY PUBLIC SCHOOL DISTRICT  
NJ FAMILY CARE SURVEY**

Estimado Padre o Encargado:

Todos los niños matriculados en una escuela pública del Estado de Nueva Jersey deben de llenar esta solicitud. La solicitud es necesaria aun si la escuela no participa en los Programas Federales de Nutrición del niño.

Adjunto hay una solicitud que va a ser usada para propósitos de la encuesta. Por favor, complete la solicitud lo más pronto posible, firmela y devuélvala a la escuela de su niño.

Nueva Jersey está comprometido a asegurarse que todos los niños tengan un plan de salud. La información en la solicitud será compartida con NJ FamilyCare para determinar si su niño(a) califica para este programa de seguro del estado. Si usted no desea compartir su información con Medicaid o NJ Family Care, usted debe de llenar y firmar la página adjunta "Sharing Form for Medicaid or NJ Family Care", y devuélvala la a la escuela de su niño(a). La información para contactar a NJ Family Care está a continuación.

NJ FamilyCare [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org)

1-800-701-0710

Comuníquese con la escuela de su niño si tiene alguna pregunta. Gracias por su cooperación.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted **NO** desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.