

**Food and Nutrition Services (Servicios de Alimentación y Nutrición)/
School Breakfast Program (Programa de Desayuno Escolar)
2022-2023 Carta a los hogares (escuelas públicas)**

Estimado(a) padre / madre / tutor:

Esta carta explica cómo sus niños pueden obtener comidas gratuitas o a precio reducido, así como información sobre otros beneficios. A continuación se indica el costo de las comidas escolares. El desayuno y el almuerzo se servirán sin costo alguno para aquellos niños que tengan derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido en los grados K-12. A todos los demás estudiantes se les aplicarán las tarifas indicadas a continuación.

REGULAR			
Grado o Nivel	Desayuno	Almuerzo	Bocadillo
K - 5	\$ 0.00	\$ 0.00	\$
6 - 12	\$ 1.55	\$ 2.90	\$

¿Quién debe rellenar una solicitud?

Rellene la solicitud si:

- Los ingresos totales del hogar son IGUALES o INFERIORES a la

cantidad indicada en la tabla.

- Usted recibe Basic Food (Alimentos Básicos), participa en el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) (FDPIR) o recibe Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (TANF) para sus hijos.
- Está haciendo una solicitud para niños en acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal.

Entregue la solicitud a la escuela de su estudiante o la Oficina del Distrito Escolar de Rochester Attn: Food Service, 10140 Hwy 12 SW, Rochester WA 98579. Asegúrese de presentar SÓLO UNA solicitud por hogar. Le notificaremos si la solicitud es aprobada o denegada. Si alguno de los niños para los que presenta la solicitud no tiene hogar (McKinney-Vento) o es inmigrante, marque la casilla correspondiente.

¿Qué es lo que cuenta como ingreso? ¿A quién se considera un miembro de mi hogar?

Observe el cuadro de ingresos que aparece a continuación. Encuentre el tamaño de su hogar. Encuentre los ingresos totales de su hogar. Si los miembros del hogar cobran en diferentes momentos del mes y no está seguro de si su hogar cumple los requisitos, rellene una solicitud y determinaremos por usted la elegibilidad con respecto a los ingresos. La información que proporcione se utilizará para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Los niños en régimen de acogida que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o de un tribunal, tienen derecho a recibir comidas gratuitas independientemente de los ingresos personales. Si tiene preguntas sobre la solicitud de prestaciones de comida para niños en acogida, póngase en contacto con nosotros en **360-273-5536 ext 1006**.

Directrices de ingresos del Programa de Nutrición Infantil del USDA En vigor del 1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023					
Hogar Tamaño	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$25,142	\$2,096	\$1,048	\$967	\$484
2	\$33,874	\$2,823	\$1,412	\$1,303	\$652
3	\$42,606	\$3,551	\$1,776	\$1,639	\$820
4	\$51,338	\$4,279	\$2,140	\$1,975	\$988
5	\$60,070	\$5,006	\$2,503	\$2,311	\$1,156
6	\$68,802	\$5,734	\$2,867	\$2,647	\$1,324
7	\$77,534	\$6,462	\$3,231	\$2,983	\$1,492
8	\$86,266	\$7,189	\$3,595	\$3,318	\$1,659
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$8,732	\$728	\$364	\$336	\$168

HOGAR se define como todas las personas, incluidos los padres, los hijos, los abuelos y todas las personas emparentadas o no emparentadas que viven en su casa y comparten los gastos de manutención. Si se solicita para un hogar con un niño de acogida, puede incluir al niño de acogida en el tamaño total del hogar.

INGRESOS DEL HOGAR se consideran como los ingresos que cada miembro del hogar ha recibido antes de impuestos. Esto incluye los salarios, seguridad social, pensión, desempleo, manutención de los hijos, pensión alimenticia y cualquier otro ingreso en efectivo. Si incluye a un niño de acogida como parte del hogar, debe incluir también los ingresos personales del niño de acogida. No declare los pagos de acogida como ingresos.

¿Qué debe figurar en la solicitud?

A. Para los hogares que no reciben ninguna ayuda:

- Nombre de él o los estudiantes
- Nombres de todos los integrantes del hogar
- Ingresos por fuente para todos los miembros del hogar
- Firma del miembro adulto del hogar
- Los últimos 4 dígitos del número del Seguro Social del integrante adulto del hogar que firma la solicitud (o si el adulto que firma no tiene número del Seguro Social, marque la casilla correspondiente).

Complete las partes 1, 2, 3, 4, y 5; la parte 6 es opcional.

¿Qué debe figurar en la solicitud? continúa

B. Para los hogares que sólo tienen niños de acogida

- Nombre de(los) estudiante
- Firma del miembro adulto del hogar

Complete las partes 1 y 5; la parte 6 es opcional. También puede enviar a la escuela una copia de la documentación judicial que demuestre que el o los niños de acogida fueron colocados con usted en lugar de rellenar un formulario de solicitud.

Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para el caso B.

C. Para una familia que recibe Basic Food (Alimentos Básicos)/TANF/FDPIR:

- Enumere todos los nombres de los estudiantes
- Introduzca un número de caso
- Firma del miembro adulto del hogar

Complete las *partes 1, 2, 4, y 5*. La *parte 6* es opcional.

Los últimos 4 dígitos del SSN no son necesarios para el caso C.

D. Para un hogar con un niño o niños de acogida y otros niños:

Solicite como un hogar e incluya a los niños de acogida. Siga las instrucciones para el caso **“A. Para los hogares que no reciben ninguna ayuda:”** e incluir los ingresos de uso personal del niño de acogida.

¿Qué pasa si no recibo el dinero de Basic Food (Alimentos Básicos)?

Si ha sido aprobado para recibir Basic Food (Alimentos Básicos) pero no recibe realmente los dólares de Basic Food (Alimentos Básicos), puede ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Debe solicitar los beneficios de las comidas rellenando una solicitud de comidas y devolviéndola a la escuela de su niño.

¿Mis niños son automáticamente elegibles si tienen un número de expediente?

Si. Los niños que reciben TANF o Basic Food (Alimentos Básicos) pueden obtener comidas gratuitas y los que reciben algunas prestaciones de Medicaid pueden optar a comidas gratuitas o a precio reducido sin que la familia tenga que rellenar una solicitud. Estos niños son identificados por la escuela mediante un proceso de comparación de datos. Esta lista coincidente se pone a disposición del personal del servicio de alimentación de la escuela de su niño. Los alumnos de esta lista reciben comidas gratuitas si sus escuelas tienen el programa de desayunos y/o almuerzos gratuitos y a precio reducido (no todas las escuelas lo tienen). Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que sus niños deberían recibir comidas gratuitas y no lo están haciendo. Si no desea que su hijo participe en los programas de comidas gratuitas utilizando este método, por favor notifíquelo a la escuela.

Si alguien de mi hogar tiene un número de caso, ¿todos los niños tendrán derecho a comidas gratuitas?

Si. Si alguien más en el hogar tiene un número de caso, que no sea un niño de acogida, usted debe rellenar una solicitud y enviarla a la escuela de su estudiante. Póngase en contacto con nosotros inmediatamente si cree que otros niños de su hogar deberían recibir comidas gratuitas y no lo hacen.

Basic Food (Alimentos Básicos) - ¿Puedo recibir ayuda para comprar alimentos?

Basic Food (Alimentos Básicos) es el programa estatal de cupones de alimentos. Ayuda a los hogares a llegar a fin de mes proporcionando beneficios mensuales para comprar alimentos. ¡Conseguir Basic Food (Alimentos Básicos) es fácil! Puede solicitarlo en persona en la oficina local de servicios comunitarios del DSHS (DSHS Community Service Office), por correo o por Internet. También hay otros beneficios. Puede informarse sobre Basic Food (Alimentos Básicos) llamando al 1-877-501-2233 o entrando en <https://www.dshs.wa.gov/esa/community-services-offices/basic-food>.

Estamos en el ejército. ¿Declaramos nuestros ingresos de forma diferente?

El sueldo base y las bonificaciones en metálico deben declararse como ingresos. Si usted recibe algún subsidio por valor en efectivo para alojamiento, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares), no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. También se excluye de los ingresos cualquier paga adicional de combate resultante de un despliegue.

La solicitud de mi niño fue aprobada el año pasado. ¿Tengo que rellenar una nueva?

Si. La solicitud de su niño sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días del presente año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su niño es elegible para el nuevo año escolar.

¿Qué ocurre si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que declarar?

Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que declare en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto ocurra, escriba un 0 en ese campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contabilizará como un cero. Por favor, tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que lo ha hecho con intención.

Cobertura médica

Para informarse o solicitar cobertura sanitaria para los niños de su hogar, visite <http://www.wahealthplanfinder.org> o puede llamar a Washington Health Plan Finder al 1-855-923-4633.

¿Y si mi niño necesita alimentos especiales?

Si su niño necesita alimentos especiales, póngase en contacto con la oficina de servicios alimentarios de la escuela o del distrito.

Prueba de elegibilidad

La información que usted proporcione puede ser verificada en cualquier momento. Es posible que se le pida que envíe información adicional para demostrar que su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido.

Audiencia imparcial

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud de su niño o con el proceso utilizado para probar la elegibilidad de los ingresos, puede conversar con **Dr Jennifer Bethman**, quien es el funcionario de la audiencia imparcial. Usted tiene derecho a una audiencia imparcial que puede organizarse llamando a la escuela o al distrito escolar a este número **360-273-5536**.

Repetición de la solicitud

Puede solicitar los beneficios en cualquier momento del año escolar. Si se produce una disminución en los ingresos del hogar, un aumento en el tamaño del mismo, o se queda sin empleo, o recibe Basic Food (Alimentos Básicos), TANF o FDPIR, puede tener derecho a los beneficios y puede rellenar una solicitud en ese momento.

2022–23 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Rochester School District

Complete, firme y envíe esta solicitud a: La escuela de su hijo o la oficina del distrito 10140 Hwy 12 SW, Rochester wa 98579

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar

Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			<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"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food

TANF

Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR)

Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingreso				Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Ingreso				Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Ingreso				Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Ingreso			
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual					
	<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"/>	<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"/>	<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"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:
(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: La escuela de su hijo o la oficina del distrito 10140 Hwy 12 SW, Rochester wa 98579

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:

- Indio americano o Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o isleño del pacifico
 Blanco

Marque una identidad:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

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 entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; or
(2)fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o
(3)correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación del Distrito Escolar de Rochester

El Distrito Escolar de Rochester no discrimina en ningún programa o actividad por motivos de sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, condición de veterano o militar, orientación sexual, expresión o identidad de género, discapacidad, el uso de un perro guía o animal de servicio, o cualquier otra base prohibida por la ley. También brindamos acceso equitativo a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de supuesta discriminación: Coordinadora de Derechos Civiles: Jennifer Bethman (360) 273-9242, jbethman@rochester.wednet.edu; Coordinador del Título IX: Will Maus (360) 273-5958, wmaus@rochester.wednet.edu; Coordinadora de 504/ADA: Laura Staley (360) 273-5536, lstaley@rochester.wednet.edu. Dirección: 10140 Highway 12 SW, Rochester, WA 98579.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual
 Income Household Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals **APPLICATION DENIED BECAUSE:** Income Over Allowed Amount Other: _____
 Reduced-Price Meals Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date