

Formulario para Comida Gratis & a Precio Reducido durante/después de Escuela

Distrito Escolar de Brandywine ■ Nutrición ■ 4 Mount Lenanon Road Wilmington, DE 19803

Julio 2020

Solo necesita llenar UNA aplicación por familia.

Estimado Padre o Guardián:

El Distrito Escolar de Brandywine es parte del Programa Nacional de Almuerzo, Desayuno y Meriendas. Nos aseguramos de servir Comidas nutritivas cada día. Cada comida que servimos debe cumplir con los requisitos establecidos por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos. Los estudiantes que están en las escuelas primarias pueden comprar almuerzo por **\$1.50** y desayuno por **80 centavos** cada uno. Los alumnos de escuelas secundarias pueden comprar almuerzo por **\$1.75** y desayuno por **\$1.00** cada uno. También pueden pagar comidas por adelantado. Por favor haga cheques o pagos a nombre de **BSD School Nutrition**.

Los niños de hogares que cumplen con las pautas de Ingresos Federales califican para recibir comidas gratis o a pagar **40 centavos** por almuerzo y **30 centavos** por desayuno. Cuando compran por adelantado, al comprar diez almuerzos (10) obtendrá uno (1) gratis por el costo de **\$4.00** para alumnos de primaria y secundaria. Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, llene y firme este formulario lo más pronto posible, y devuélvalo a la cafetería de su hijo/a.

Si por alguna razón su niño/a ha sido diagnosticado con alguna incapacidad por orden de un doctor y dicha incapacidad no permite que el niño/a coma la comida que ofrece la escuela, la escuela hará la sustitución necesaria recomendadas por el doctor. Cuando una sustitución es necesaria, no habrá ningún costo adicional por la comida. El cambio de comida por razones médicas se puede hacer contactando el Departamento de Nutrición del Distrito Escolar.

APELACIÓN: Si usted no esta de acuerdo con la decisión tomada por el Distrito al procesar su aplicación ó con el resultado de una verificación, usted puede apelar por medio a un oficial de la escuela. También tiene derecho a una audiencia. Esto puede ocurrir contactando la siguiente persona:

Dr. Jason Hale, Chief Financial Officer

Brandywine School District ■ 500 Duncan Road ■ Wilmington, Delaware 19809

CONFIDENCIALIDAD: La información proveída por usted en este formulario se usara para decidir si su hijo/a califica para obtener comidas gratis o a precio reducido. Puede que le informemos a otros oficiales conectados a la nutrición de niño/as, salud, y educación de la información en su aplicación para determinar beneficios o para la financiación y propósito de esta evaluación, como verificar Título I.

RE-EVALUACIÓN: Usted puede solicitar este beneficio en cual quier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora y su ingreso reduce durante el año, el número de personas en el hogar aumenta, pierde su trabajo, o comienza recibir asistencia del Programa Suplemental de Nutrición (SNAP) o ayuda Temporal del estado de Delaware (DE-TANF) para su hijo/a, puede volver aplicar.

A usted se le notificará cuando su aplicación sea aprobada o negada.

Guía de ingresos para comidas a un precio reducido 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021

No. de Personas	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada 2 Meses	Semanal
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454
2	\$31,894	\$2,658	\$1,329	\$1,227	\$614
3	\$40,182	\$3,349	\$1,675	\$1,546	\$773
4	\$48,470	\$4,040	\$2,020	\$1,865	\$933
5	\$56,758	\$4,730	\$2,365	\$2,183	\$1,092
6	\$65,046	\$5,421	\$2,711	\$2,502	\$1,251
7	\$73,334	\$6,112	\$3,056	\$2,821	\$1,411
8	\$81,622	\$6,802	\$3,401	\$3,140	\$1,570
Para cada persona adicional añadida:	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160

■ Declaración anti-discriminatoria: esta declaración explica que debe hacer si piensa que usted es discriminado. El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde las creencias vigentes, políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.) Si usted desea presentar una reclamación sobre el programa de derechos civiles de la discriminación, complete el [formulario de USDA Programa queja por discriminación](#) (PDF), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. USDA emplea con igualdad.

**AHORA DISPONIBLE:
APLIQUE POR INTERNET**

Página: <https://family.titank12.com>

DECLARACIÓN DE ACTA DE PRIVACIDAD:

A menos que usted incluya el número de caso de asistencia del Programa de Suplemento de Nutrición (SNAP), numero de caso DE-TANF o que está solicitando para la colocación de un hogar temporal, desamparado, migrante, desaparecido, la Sección 9de Acta nacional de Nutrición de Escuelas requiere que usted incluya los últimos 4 números de Seguro Social de la persona que aplica o firma este formulario o que indique que la persona que firma este formulario no tiene un Numero de Seguro Social. No tiene que dar su número de seguro social, pero si no pone o indica que no tiene un número de seguro social entonces la aplicación no será aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar el miembro de familia y verificar la exactitud de la información obtenida. Esto puede incluir la revisión del programa, auditorias, investigaciones contactar las oficinas de (SNAP) y DE-TANF para verificar ingreso, contactar la oficina del gobierno para verificar que reciben ayuda de gobierno que incluye cupones, seguro social o asistencia de dinero, o acción legal si la información dada no es verdadera. El Número de Seguro Social también puede ser compartido con programas así como autoriza la Acta de Sección 9 Nacional de Almuerzos Escolares, El Control General de Estados Unidos, y oficiales que imponen la ley para propósitos de investigación de violaciones de algunos programas Federales, Estatales, y educacionales, de salud y nutrición.

Sinceramente,



Colleen Carter,
Supervisora del Departamento de Nutrición (302) 529-3110



2020 - 2021 Brandywine School District Formulario de beneficio de comidas

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).
 Direcciones al reverso.

Aplicar en línea en
<https://family.titank12.com>

PASO 1 — Todos los Niños en Escuela en el Hogar

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado".

Los niños en **adoptivo** y los niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugitivos** son elegibles para comidas gratis. Lea **cómo solicitar comidas escolares gratis y reducidas** para obtener más información.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado	Adoptivo	Sin hogar	Migrantes	Fugitivo
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en escuelas que participan en la Disposición de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) recibirán comidas sin costo independientemente de la terminación o determinación de elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Sí/ No

Número De Caso:

Si respondió **NO** > Vaya al PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un número de caso luego omite el PASO 3 y vaya al PASO 4.

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual																				
	Ganancias del Trabajo			Frecuencia?			Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia			Frecuencia?			Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos			Frecuencia?					
				W	E	T	M				W	E	T	M				W	E	T	M
	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M
	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M
	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M
	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M
	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M	\$			W	E	T	M

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)
 Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** - ** -
 Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Dirección (si está disponible)

Teléfono De Casa Teléfono Del Trabajo Correo Electrónico

Firma del adulto que lleno este formulario

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Hoy

- ¡NO! **NO** deseo que la información de mi libre Reducido Precio compartida con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (CHIP). Para obtener más información acerca de DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. **SI NO MARQUE ESTA CASILLA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.**
- ¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir información de esta solicitud para beneficios de comidas escolares con el Título 1, exámenes dentales / de la vista y con Consejeros Escolares y Directores para exenciones de cuotas asociadas con SAT, Exámenes ACT / AP, Exámenes IB, Delaware College Prep Program y / O verificación para aplicaciones de la universidad.

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno):
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):
 Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano
 Asiático Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico Blanco



NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Household Size: _____ Categorical _____ Date Received: _____ Date Withdrawn: _____ 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 _____ Monthly _____ Bimonthly _____ Determining Official's Signature: x _____ Date: _____

Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Confirming Official's Signature: x _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: x _____ Date: _____