

# TELLURIDE SCHOOL DISTRICT R-1

## Comidas Escolares Gratuitas oa Precio Reducido - Carta de Información a Los Hogares

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Telluride School District ofrece comidas saludables cada día escolar. El almuerzo cuesta \$3.00. Sus hijos pueden calificar para comidas escolares gratis oa precio reducido. Los estudiantes de todos los grados que califiquen para recibir comidas gratis oa precio reducido recibirán el desayuno sin costo. Los estudiantes en preescolar hasta el octavo grado que califican para comidas reducidas también recibirán almuerzo gratis. Almuerzo de precio reducido es \$ .40 para estudiantes de grados 9-12.

Este paquete incluye una aplicación para beneficios de comidas gratuitas oa precio reducido, y un conjunto de instrucciones detalladas. También puede encontrar aplicaciones en cualquier oficina de la escuela o en línea en [tellurideschool.org](http://tellurideschool.org). A continuación se presentan algunas preguntas y respuestas comunes que le ayudarán con el proceso de solicitud.

### 1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas (FDPIR) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF / Colorado Works - Ayuda monetaria básica o desviación estatal) son elegibles para comidas gratis
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte. Los hijos de crianza pueden ser agregados como miembros del hogar de la familia de acogida si la familia de acogida decide aplicar. Incluir a niños de crianza temporal como miembros del hogar puede ayudar a otros niños calificar para los beneficios. Si la familia de acogida no es elegible, no impide que un niño de acogida reciba beneficios.
- Los niños que califican para su programa Head Start de los distritos son elegibles para comidas gratis.
- Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, fugitivo o migrante son elegibles para comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis oa precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las Pautas Federales de Elegibilidad de Ingresos. Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas oa precio reducido si su ingreso familiar cae por debajo de los límites de este cuadro.

| TABLA DE ELEGIBILIDAD FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2018 – 2019 |          |         |         |
|---|----------|---------|---------|
| Número de Personas en el Hogar  | Anual    | Mensual | Semanal |
| 1   | \$22,459 | \$1,872 | \$432   |
| 2   | \$30,451 | \$2,538 | \$586   |
| 3   | \$38,443 | \$3,204 | \$740   |
| 4   | \$46,435 | \$3,870 | \$893   |
| 5   | \$54,427 | \$4,536 | \$1,047 |
| 6   | \$62,419 | \$5,202 | \$1,201 |
| 7   | \$70,411 | \$5,868 | \$1,355 |
| 8   | \$78,403 | \$6,534 | \$1,508 |
| Cada persona adicional:   | \$7,992  | \$666   | \$154   |

- ¿CÓMO SÉ SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO "SIN HOGAR, MIGRANTE, O FUGITIVO?" ¿No tienen una dirección permanente? ¿Permanecen ustedes en un hospicio, hotel, u otro lugar temporal? ¿Se muda su familia según la temporada? ¿Viven con usted algunos niños que han escogido abandonar a su familia? Si usted cree que hay niños en su hogar que cumplen con estas descripciones y no les han dicho que sus hijos van a recibir comida gratuita, favor de llamar o enviar un correo electrónico al Ursula Cristol, [ucristol@telluride.k12.co.us](mailto:ucristol@telluride.k12.co.us), 970-369-7102.

3. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Complete una sola solicitud "Comida Gratuita y de Precio Reducido" por todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por lo tanto, incluya toda la información requerida en la solicitud. Devuelva la solicitud completada a cualquier oficina de la escuela – Elementary @ 447 W Columbia Ave, 970-728-6615; Intermediate @ 717 W Colorado Ave, 970-369-4719; Middle/High @ 725 W Colorado Ave, 970-728-4377.*
4. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO INDICANDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDA GRATUITA? No, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algunos niños en su hogar no aparecen en su notificación de elegibilidad, contacte a **Mona de Alva, 725 W Colorado Ave, [mdealva@telluride.k12.co.us](mailto:mdealva@telluride.k12.co.us), 970-369-1205** o en español: **Ursula Cristol, [ucristol@telluride.k12.co.us](mailto:ucristol@telluride.k12.co.us), 970-369-7102** inmediatamente.
5. ¿SE PUEDE SOLICITAR POR INTERNET? N/A
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solamente por ese año y los primeros 30 días del nuevo año escolar. Usted debe entregar una nueva solicitud a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS WIC. ¿PUEDEN RECIBIR MIS NIÑOS COMIDA GRATUITA? Los niños en hogares que participan en el Programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o de precio reducido. Favor de enviar una solicitud.
8. ¿VERIFICAN LA INFORMACIÓN QUE DOY? Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.
9. SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que viven con un padre o custodio que pierde su trabajo pueden calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido si el ingreso cae debajo del límite del ingreso establecido.
10. ¿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. Usted también puede apelar la decisión llamando o escribiendo al **Wendy Everett, 725 W Colorado Ave, Telluride, CO 81435; 970-369-1218, [weverett@telluride.k12.co.us](mailto:weverett@telluride.k12.co.us).**
11. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO NORTEAMERICANO? Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para solicitar comidas gratuitas o de precio reducido. No es necesario que se proporcione el estado de inmigración, migración, ciudadanía o refugiado durante el proceso de solicitud, y las familias deben continuar solicitando comidas escolares gratuitas o de precio reducido. La aplicación requiere los últimos cuatro números de un número de Seguridad Social o una indicación de que no hay un número de Seguridad Social. La información del número de Seguro Social no se informa a ninguna organización fuera de **Telluride School District**.
12. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente gana \$1000 cada mes, pero trabajó menos el mes pasado y ganó solamente \$900, anote \$1000 por mes. Si usted normalmente gana horas extra, inclúyalo; pero no lo haga si usted trabaja horas extra de vez en cuando. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido sus horas o ingresos, use su ingreso actual. Se requiere los últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social de uno de los adultos miembros del hogar ( o marcar "Ninguno" ) para procesar una solicitud de ingresos completa.

13. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS QUE REPORTAR? Puede ser que hay miembros del hogar que no reciben algunos tipos de ingresos que pedimos que usted reporte en la solicitud, o que no reciben ningún ingreso. Cuando esto pasa, favor de escribir 0 (número cero) en el espacio indicado. Sin embargo, si deja vacíos o en blanco, los espacios indicados para ingresos, éstos se contarán como ceros. Tenga cuidado cuando deja en blanco las casillas indicadas para ingresos, porque vamos a asumir que usted lo hizo intencionalmente. Se requiere los últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social de uno de los adultos miembros del hogar ( o marcar "Ninguno" ) para procesar una solicitud de ingresos completa.
14. ESTAMOS EN LAS FUERZAS ARMADAS. ¿REPORTAMOS LOS INGRESOS DE UNA MANERA DIFERENTE? Su sueldo básico y los bonos deben ser reportados como ingresos. Subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o pagos FSSA- Family Subsistence Supplemental Allowance, deben incluirse en su ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda en su ingreso. Cualquier otro pago por despliegue militar está también excluido del ingreso.
15. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Haga una lista de miembros adicionales en un papel aparte y adjúntelo con su solicitud. Contacte cualquier oficina de la escuela (#3) o Mona de Alva, 725 W Colorado Ave, 970-369-1205, [mdealva@telluride.k12.co.us](mailto:mdealva@telluride.k12.co.us) para recibir otro formulario.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS PARA LOS CUALES PODEMOS SOLICITAR BENEFICIOS? Para saber cómo solicitar otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local. Colorado PEAK es un servicio en línea para examinar y solicitar programas de asistencia médica, alimentaria y en efectivo. Se puede acceder a <http://coloradopeak.force.com/>.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al Mona de Alva, 725 W Colorado Ave, 970-369-1205, [mdealva@telluride.k12.co.us](mailto:mdealva@telluride.k12.co.us) o en español Ursula Cristol, 725 W Colorado Ave, 970-369-7102, [ucristol@telluride.k12.co.us](mailto:ucristol@telluride.k12.co.us).

Atentamente,

*Mona de Alva*

**Declaración de No-discriminación del USDA:** De acuerdo con la ley Federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas del Departamento de Agricultura de los E.E.U.U. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan en, o administran los programas del USDA, tienen prohibido la discriminación con base en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternos de comunicación para el programa de información (por ejemplo en Braille, letra grande, audio grabado, Lenguaje de Señas, etc.), deben contactar a la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron sus beneficios. Los individuos que sean sordos, que tengan dificultad para oír o impedimentos del habla pueden contactar al USDA mediante el Servicio Federal de 'Relay' al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para emitir una queja por discriminación del programa, llene un Formulario de Quejas de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea: [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 envíe una carta por escrito dirigida al USDA y proporcione toda la información requerida en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Mande su formulario completo o carta al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico al: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.

## Instrucciones de la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

Si usted, o alguien en su hogar, recibe SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, TANF/CO Works (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas; Asistencia Alternativa Estatal o Asistencia Básica en Efectivo) o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas), siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado.

**PASO 2:** Escriba un número de caso si usted o alguien en su hogar participa en SNAP, TANF o FDPIR.

**PASO 3:** Omita.

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de derecho.

**PASO 5:** Si no desea que su información sea compartida con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

**Opcional:** Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

Si está solicitando para un niño en acogida, un estudiante que califica para el programa Head Start, huir, sin hogar o migrante, siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado. Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, huir, sin hogar o migrante.

**PASO 2:** Omita.

**PASO 3:** Omita.

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

**PASO 5:** Si no desea que su información sea compartida con Medicaid / SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este paso.

**Opcional:** Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

Si está solicitando con base en ingresos o está solicitando con base en ingresos y otra categoría (es decir, niños en acogida, en Head Start, huir, sin hogar o migrante), siga las instrucciones a continuación:

**PASO 1:** Escriba los nombres y apellidos de todos los estudiantes. Opcional: Proporcione la fecha de nacimiento y el grado. Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un niño en acogida, en Head Start, huir, sin hogar o migrante.

**PASO 2:** Omita esta parte.

**PASO 3:**

**A. Ingresos del estudiante:** Anote el ingreso bruto combinado (antes de impuestos y otras deducciones) en la casilla "Ingresos de estudiante" para TODOS los estudiantes en su hogar mencionados en el Paso 1. Solo incluya el ingreso de un niño en acogida si usted está solicitando para él/ella junto con el resto de su hogar. Es opcional que el hogar incluya a los niños en acogida que viven con ellos como parte del hogar. Consulte "Fuentes de ingresos de estudiantes" al final de esta página.

**B. Todos los demás miembros del hogar (Inclúyase a sí mismo):** Escriba el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de otros miembros del hogar". No incluya a las personas que viven con usted, pero que no son mantenidas con los ingresos de su hogar y no contribuyen a los ingresos a su hogar. No incluya ninguno de los miembros de la familia que usted mencionó en el PASO 1. Si un estudiante mencionado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.

Informe los Ingresos brutos (Ingreso total antes de impuestos y deducciones) para cada miembro de su hogar:

o **Ganancias del trabajo:** ejemplo: Vea "Ingresos por trabajo" a continuación. Si se le paga \$ 500.00 cada dos semanas, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "cada dos semanas". Si normalmente no recibe pago por horas extra, no lo incluya en sus ingresos informados.

o **Ingresos de Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge:** Vea "Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de cónyuge" a continuación. Escriba el monto total que cada persona recibió de cualquier programa de asistencia pública (no incluya ingresos de SNAP, TANF o FDPIR), manutención de hijos o manutención del cónyuge. Por ejemplo: Si recibe \$ 500.00 mensuales por manutención de hijos, por favor escriba \$ 500.00 en el espacio de ingresos en blanco y marque la casilla "mensual".

o **Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos:** Vea "Pensiones/Jubilación/Otros ingresos" a continuación. Informe el ingreso neto de los negocios propios, granjas o ingresos por alquiler. Informe el ingreso bruto de los ingresos de pensión o jubilación. Junto a la cantidad, marque la frecuencia con la que la persona lo recibe. Si usted es parte de la Iniciativa de privatización de viviendas militares, no incluya este subsidio de vivienda.

Informe el total de miembros del hogar. El total tiene que ser igual a todos los nombres mencionados en la solicitud.

Proporcione los últimos cuatro números del número de Seguro Social (SSN), o "Marque si no tiene SSN".

**PASO 4:** Firme la solicitud. Opcional: Proporcione información de contacto con el propósito de recibir la notificación de cumplimiento con los requisitos.

**PASO 5:** Si no desea que su información sea compartida con Medicaid/SCHIP y/o programas de la escuela/distrito, tiene que completar este PASO.

**Opcional:** Conteste la Encuesta Racial y Étnica de los Niños en la parte posterior de la solicitud.

### Fuentes de ingreso que tiene que informar:

#### Fuentes de ingresos de estudiantes:

Ganancias del trabajo  
Seguro Social- Incapacidad o pagos del sobreviviente  
Cualquier otro tipo de ingreso que recibe regularmente

#### Ingresos por trabajo:

Sueldos/salarios/propinas  
Beneficios de huelga  
Compensación por desempleo  
Compensación del trabajador  
Ingresos netos de un negocio propio o granja

#### Pensiones/Jubilación/Otros ingresos:

Pensiones  
Ingreso Suplementario de Seguridad  
Ingreso de jubilación  
Beneficios de veterano  
Seguro Social  
Beneficios por discapacidad  
Dinero retirado regularmente de cuenta de ahorros  
Intereses/Dividendos  
Ingresos de propiedades/Fidecomisos/Inversiones  
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar  
Regalías netas/anualidades/ingresos por alquiler  
Cualquier otro ingreso que recibe regularmente

#### Asistencia pública /Manutención de hijos/Manutención de cónyuge:

Pago de asistencia pública  
Pago de asistencia Social  
Pago de manutención de cónyuge  
Pago de manutención de hijos

# Telluride School District R-1 2018-2019 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

## PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asiste Telluride School District (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

| Nombre del estudiante | Inicial | Apellido del estudiante | Fecha de nacimiento |   |   |   |   | Grado | Niño de Acogida | Head Start | Egipcio | Sim | Hogar | Migrante |
|-----------------------|---------|-------------------------|---------------------|---|---|---|---|-------|-----------------|------------|---------|-----|-------|----------|
|                       |         |                         | M                   | D | A | A | A |       |                 |            |         |     |       |          |
|                       |         |                         |                     |   |   |   |   |       |                 |            |         |     |       |          |
|                       |         |                         |                     |   |   |   |   |       |                 |            |         |     |       |          |
|                       |         |                         |                     |   |   |   |   |       |                 |            |         |     |       |          |
|                       |         |                         |                     |   |   |   |   |       |                 |            |         |     |       |          |
|                       |         |                         |                     |   |   |   |   |       |                 |            |         |     |       |          |

Marque todas las que apliquen. Lea cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido para más información.

## PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDIPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Provea el número de caso y

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

Nombre de todos los otros miembros del hogar (Nombre y apellido)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A. Ingresos del estudiante  
Por favor incluya el ingreso TOTAL, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)  
Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES) por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

| Nombres de todos los otros miembros del hogar (Nombre y apellido) | Ingresos del trabajo |        |       | Asistencia pública/Asistencia de hogar/Mantenimiento de empleo |        |       | Pensiones/ Jubilación/ cualquier otro ingreso |        |       |
|---|----------------------|--------|-------|--|--------|-------|---|--------|-------|
|   | Semanal              | 2x Mes | Anual | Semanal  | 2x Mes | Anual | Semanal                                       | 2x Mes | Anual |
|   |                      |        |       |  |        |       |   |        |       |
|   |                      |        |       |  |        |       |   |        |       |
|   |                      |        |       |  |        |       |   |        |       |
|   |                      |        |       |  |        |       |   |        |       |

Total de miembros del hogar (Estudiantes y adultos de los pasos 1 y 3)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' SOLO si completó el Paso 3B. XXX-XX-XXXX

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: Mona de Alva, 725 W Colorado Ave, Telluride, CO 81435

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales."

Dirección postal o PO Box # Apt o # Lote Ciudad Código postal Dirección de correo electrónico

Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta Fecha de hoy

## PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podrá ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela distrito con el propósito de estimar el pago de ciertos costos del programa de la escuela distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de los requisitos para recibir comidas escolares. Su información SERÁ compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación

NO compartan mi información con ninguno de los programas

Medicaid/SCHIP  TSD Alélica  TSD Académica  TSD Alternative Ski PE, Ski PE y/o Teleski

Ver atrás de la aplicación

**OPCIONAL** Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

- Etnica (marque una):  Hispano o latino  Ni hispano ni latino  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco
- Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

**NEED HELP BUYING GROCERIES?**

- Receive one-on-one assistance with applying for food stamps
- Referrals to food pantries and free meals
- Get information on child and senior nutrition programs

**Food Resource Hotline**  
 CALL US **855-855-4626**  
 STATEWIDE, TOLL-FREE  
 MAÑANA DE MAÑANA **720-382-2920**

**¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?**

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las estampillas de comida
- Derivaciones a bancos de comida y comidas gratis
- Obtenga información sobre programas de nutrición para niños y ancianos

**Línea Directa de Recursos de Comidas**  
 ¡LLAMENOS **855-855-4626**  
 LINEA ESTATAL  
 MAÑANA DE MAÑANA **720-382-2920**

**HUNGER FREE** [HungerFreeColorado.org](http://HungerFreeColorado.org)



**Colorado PEAK** es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

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.

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO**

Annual Income Conversion: **Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12**

Application Type:  
 Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_  
 Household Income Frequency -  Weekly  Bi-Weekly  2x/Month  Monthly  Annually  
 Categorical Eligibility -  SNAP  FDPIR  TANF  Foster  Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:  
 Approved -  Free  Reduced  
 Denied -  Over Income Guidelines  Incomplete/Missing: \_\_\_\_\_  
 Notes: \_\_\_\_\_

Determining Official Signature: \_\_\_\_\_

Approval/Denial Date: \_\_\_\_\_

Notification Sent: \_\_\_\_\_