



SCHOOL BOARD OF POLK COUNTY

P.O. BOX 391

BARTOW, FLORIDA 33831

FLORAL AVENUE

1915 SOUTH

BARTOW, FLORIDA 33830

(863)-534-0500 • SUNCOM 515-1321 • FAX (863)-534-0705

CARTA A GRUPOS FAMILIARES

ESTIMADOS PADRES O GUARDIANES:

El Sistema Escolar del Condado de Polk participa de en el Programa Nacional de Almuerzos escolares/Programa de Desayuno Escolar. Comidas saludables son ofrecidas todos los días de clases. Todas las comidas que se sirven deben cumplir con las normas de nutrición establecidas por el departamento de Agricultura de los EE.UU. Los estudiantes pueden comprar las comidas a los precios predominantes. Si un niño(a) tiene una discapacidad, según lo haya determinado un médico y la discapacidad no permite que el niño(a) coma la comida escolar regular, la escuela hará las sustituciones preescritas por el médico sin costo adicional. Sin embargo, por favor tenga en cuenta que la escuela no está obligada a hacer una sustitución por una alergia o un alimento, a menos que cumpla con la definición de discapacidad. Por favor llame a la escuela para solicitar mayor información.

Si usted recibe para su hijo(a) cupones para alimentos, Asistencia Provisional para Familias Necesitadas, él/ella puede recibir comidas escolares gratuitas. Si el ingreso total de su grupo familiar es igual o inferior al monto en el Cuadro de Ingresos, su hijo(a) puede recibir comidas ya sean gratuitas o a precio rebajado. Un niño(a) "foster" puede recibir comidas gratuitas o a precio rebajado sin tomar en cuenta su ingreso.

CÓMO RECIBO COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REBAJADO PARA MI NIÑO(A)

Complete una aplicación para Comidas Gratuitas & Precios de Escuela Rebajados

Si Mi Niño(a)	Povea la Siguiente Información
Recibe cupones para alimentos o "TANF"	* Nombre del niño(a) * TANF" o cupones para alimentos * Firma del miembro adulto del grupo familiar
Es un niño(a) "foster"	* Nombre del niño(a) * Cantidad de dinero designada para uso personal (si alguna) * Firma del miembro adulto del grupo familiar o oficial apropiado
No es un niño(a) "foster" y no recibe Cupones para alimentos o "TANF"	* Nombre del niño(a) * Nombre de todos los miembros del grupo familiar * El ingreso de cada uno de los miembros del hogar en el pasado mes y de dónde recibió este ingreso. * Firma de un adulto miembro de la familia y el seguro social de este adulto. Si el adulto miembro de la familia firmando la aplicación no tiene un número de seguro social, escriba "NONE".

- **VERIFICACIÓN:** En cualquier momento durante el año escolar se puede comprobar su elegibilidad. Los oficiales escolares pueden pedirle que muestre papeles demostrando que el niño(a) recibe comida gratuita o a precio rebajado.
- **AUDIENCIA IMPARCIAL:** Usted puede hablar con los funcionarios escolares al número **(863) 534-0588** si no está de acuerdo con la decisión de la escuela sobre su aplicación. También puede pedir una audiencia imparcial llamando o escribiendo a: Jim Thornhill, P.O. Box 391, Bartow, FL 33831. Telephone (863) 534-0521.
- **INFORMANDO CAMBIOS:** Si su hijo(a) recibe comidas gratuitas o a precio rebajado debido a su ingreso, usted debe decirnos si el tamaño de su grupo familiar disminuye o si sus ingresos aumentan en más de \$50 al mes o \$600 al año. Si su hijo(a) recibe comidas gratuitas debido a que su grupo familiar recibe cupones para alimentos o información de "TANF", debe avisarnos cuando ya no reciba estos beneficios. Entonces podrá llenar otra aplicación dando la información de ingresos.
- **CONFIDENCIALIDAD:** Usaremos la información en su formulario para determinar si su hijo(a) debe recibir comidas gratuitas o a precio rebajado. A menos que no se indique de otra manera la información obtenida en las aplicaciones para comidas gratuitas o a precio rebajado podrá ser compartida con otros funcionarios para determinar la elegibilidad para otros programas educacionales.
- **SOLICITAR DE NUEVO:** Puede solicitar comidas gratuitas o a precio rebajado en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero tiene un cambio, como una disminución en el ingreso del grupo familiar, un aumento en el tamaño del grupo familiar, queda cesante u obtiene cupones par alimentos o "TANF", complete un formulario nuevo..

EN LAS OPERACIONES DE PROGRAMAS DE COMIDAS PARA NIÑOS(AS), SE PROHIBE LA DISCRIMINACIÓN EN BASE A LA RAZA, COLOR DE PIEL, PAÍS DE ORIGEN, GÉNERO, EDAD O DISCAPACIDAD. Para presentar una queja de discriminación, ESCRIBA A USDA, DIRECTOR, OFFICE OF CIVIL RIGHTS, ROOM 326-W, WHITTEN BUILDING, 14TH AND INDEPENDENCE AVENUE SOUTHWEST, WASHINGTON, D.C. 20250-9410 O LLAME AL (202) 720-5964 (VOZ Y TDD). USDA ES UN EMPLEADOR Y PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD.

Le haremos saber si se aprueba o niega su aplicación.

Sinceramente,

Superintendente de Escuelas

(vea al inverso)

**MONTO DE CUADRO DE INGRESOS PARA EL ESTADO DE FLORIDA
PARA COMIDAS GRATUITAS Y REBAJADAS DE PRECIOS
EFECTIVOS DEL 1 DE JULIO, 2001 HASTA JUNIO 30, 2003**

<u>TAMAÑO DE GRUPO FAMILIAR</u>	<u>ANUALMENTE</u>	<u>MENSUALMENTE</u>	<u>SEMANALMENTE</u>
1	16,391	1,366	316
2	22,089	1,841	425
3	27,787	2,316	535
4	33,485	2,791	644
5	39,183	3,266	754
6	44,881	3,741	864
7	50,579	4,215	973
8	56,277	4,690	1,083
Para Cada Miembro Familiar Adicional, Añada	+5,698	+475	+110

INSTRUCCIONES:

Para solicitar comidas gratuitas o a precio rebajado, complete el formulario usando las siguientes instrucciones. Firme el formulario y devuélvalo a la escuela.

Parte 1 – INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO: TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR ESTA PARTE.

1. Escriba en letra de molde el nombre de su hijo(a).
2. Incluya el grado de su hijo(a) y el nombre de la escuela.
3. Complete una aplicación por cada niño(a).

Parte 2 – HOGARES QUE ESTÉN RECIBIENDO CUPONES PARA ALIMENTOS O “TANF”: COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 5.

1. Anote el número actual de caso de cupones para alimentos, o “TANF” para su hijo(a).
2. Firme la aplicación en la PARTE 5. Un adulto del hogar debe de firmar. Deje en blanco la Part 4 – NO escriba los nombres de los miembros del hogar o de el ingreso si usted ha dado un número de caso para cupones para alimentos o “TANF” para cada niño(a).

Parte 3 – HOGARES CON QUE TIENEN NIÑOS(AS) A CARGO DE SERVICIOS SOCIALES(FOSTER): COMPLETE ESTA PARTE Y LA PARTE 5 – Un niño(a) “foster” es una responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o corte.

1. Anote el ingreso mensual para “uso personal” del niño(a). Anote “0” si el niño(a) no recibe ingreso para “uso personal”.
2. Unos de los padres encargados del niño bajo el servicio social u otro representante oficial debe firmar el formulario en la PARTE 5. No tiene que anotar su número de seguro social.
3. Complete una aplicación por cada niño(a).

Ingreso para “uso Personal” es (a) dinero ortogado por la oficina de servicios sociales identificado por categoría para el uso personal del niño(a), tal como ropa, gastos escolares, y dinero para su uso personal; y (b) todo dinero que reciba el niño(a), tal como dinero de su familia o de algún empleo que él /ella pueda tener.

Parte 4 – TODOS LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: COMPLETE ESTA PARTE AND LA PARTE 5.

1. Anote los nombres de todos los miembros de su grupo familiar, recibiendo ingreso o no. Inclúyase a usted mismo, el niño(a) para el que está solicitando beneficios, cónyuge, otros niños, abuelos, y todos los demás miembros del grupo familiar.
2. Anote el monto del ingreso que cada persona recibió mes pasado antes de la deducción de impuestos o de cualquier otra deducción y de donde provino, tal como sueldo, asistencia social, pensiones, y otros ingresos. Si cualquier monto el mes pasado fue más o menos que lo acostumbrado, anote el sueldo mensual acostumbrado de la persona;
3. Si alguna persona trabaja por su cuenta propia, anote el monto del ingreso que la persona gana por su cuenta propia; por ejemplo, ingreso por cuidar niños en casa o por estar a cargo de una granja. Por favor llame a la escuela si necesita ayuda.
4. Un adulto del grupo familiar debe firmar la aplicación y dar su número de seguro social en la PARTE 5. Si el adulto que firmó la aplicación no tiene número de seguro social, escriba “none”.

Para figurar el Ingreso Mensual: Semanal x 4.33 / Cada 2 Semanas x 2.15 / Dos Veces al mes x 2

Parte 5 – FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DE COMPLETEN ESTA PARTE.

1. Todas las aplicaciones deben tener la firma de un adulto del grupo familiar;
2. La aplicación debe tener el número de seguro social del miembro adulto de la familia firmando. Si el adulto que firmó la aplicación no tiene número de seguro social, escriba “none”. Si usted escribió un número de “TANF” o de cupones para alimento para el niño(a) que está aplicando o si usted está aplicando para un niño(a) “foster”, no se necesita un número de seguro social.

Parte 6 – OTROS BENEFICIOS

Complete esta parte si a usted le gustaría recibir Medicaid o el seguro de “Healthy Kids Insurance Program” para su hijo(a). Información que tenga que ver con la aplicación para comidas gratuitas o a precio rebajado será compartida con esos programas. Un padre **DEBE** firmar esta sección de la aplicación.

Parte 7 – IDENTIDAD RACIAL/ETNICA: Complete la pregunta racial/étnica si usted desea contestarla. No se requiere que usted conteste esta pregunta para recibir comidas gratuitas o a precio rebajado. Necesitamos esta información para asegurarnos que todo el mundo sea tratado justamente.

INGRESOS QUE DEBEN INCLUIRSE

SUELDO DE TRABAJO

Sueldo//Salario/Propinas
Beneficios por huelga
Compensación por cesantía
Compensación al trabajador
Ingreso neto de empresa propia,
Cuidado de niños o granja

Asistencia Social/Pensión para hijos/Pensión alimenticia

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pagos de Pensión para hijos

PENSIONS/RETIRO/SEGURO SOCIAL

Pensiones
Ingreso de seguridad complementario
Ingresos de jubilación
Pagos a ex-combatientes
Seguro Social

OTROS INGRESOS

Beneficios por discapacidad
Efectivo retirado de ahorros
Interés/Dividendos
Ingreso de bienes/Trusts/
Inversiones
Contribuciones de personas que no residen en el hogar
Derechos netos autor/pensión vitalicia/ neto por arriendo
Subsidio militar por vivienda fuera de la base
Cualquier otro ingreso

Spanish Version – 6/2002