



"Encouraging healthy minds and bodies"

Macon County Schools
School Nutrition Department
1202 Old Murphy Road
Franklin, NC 28734

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. Las escuelas del condado de Macon ofrecen comidas nutritivas todos los días. El desayuno cuesta free y el almuerzo \$ 2.55 (elemental k-4), \$ 2.75 (5-8) \$2.85 (9-12) (e intermedia secundaria y preparatoria). Sus hijos pueden calificar bajo las pautas del USDA para las comidas gratis o a precio reducido. Los estudiantes que califican para recibir comidas a precio reducido recibirán el desayuno gratis y el costo del almuerzo es \$ 0.40. Arreglos se hará para los estudiantes que puedan "olvidar" traer su dinero, se espora se pague el dinero al día siguiente. Los beneficios de comidas gratis o a precio reducido son efectivos el día que se aprobó la solicitud.

Las comidas escolares son saludables! Todas las comidas están diseñadas con base a las 2010 pautas de Dieta para Americanos (Dietary Guidelines for Americans) y el sistema de orientación alimenticia del USDA MyPlate. Una dieta saludable es aquella que hace hincapié en las frutas, verduras, granos enteros, sin grasa o bajos en grasa los productos lácteos e incluye carnes sin grasa y granos. Las comidas están previstas a ser bajas en grasas saturadas, colesterol y azúcares, además de que son libres de grasas saturadas! Por favor, visite nuestro sitio web para los menús mensuales y la información nutricional en www.macon.k12.nc.us

1. **¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO?** No. Cuando llene la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su unidad familiar. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud llena a la escuela o al Departamento de Nutrición Infantil al 1202 Old Murphy Rd. Franklin, NC 28734, teléfono 524-8771.
2. **¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS?** Todos los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas **recibe los beneficios de los programas Comida y Servicios, conocido como Estampillas de comida, FDPIR, o tiene TANF/Trabaja Primero** pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su unidad familiar están dentro de los límites –en el Cuadro federal de elegibilidad según los ingresos.
3. **¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Sí. Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas. Cualquier hijo de crianza de la unidad familiar es elegible para recibir las comidas gratuitas, independientemente de los ingresos.
4. **¿PUEDEN LOS NIÑOS DESAMPARADOS, EN FUGA Y MIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Sí. Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o migrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a Nancy Cantrell, **coordinadora para personas sin hogar al 524-4414 para saber si cumple los requisitos** para ver si califican.
5. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS?** Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites establecidos en el Cuadro federal de requisitos según los ingresos que se incluye en esta solicitud.
6. **¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS HAN SIDO APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Lea detenidamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la oficina de Nutrición Infantil al 524-8771 si tiene alguna pregunta.
7. **LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Tiene que enviar una solicitud nueva a menos que el Departamento de Nutrición Infantil le ha enviado una carta diciéndole que su niño llena los requisitos para el año escolar 2017-2018.

8. **RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Llene la solicitud.
9. **¿SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ?** Si. También posiblemente le pidamos que envíe prueba por escrito.
10. **SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que tienen un padre, madre o tutor que queda desempleado tal vez pasen a ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de la unidad familiar caen por debajo del límite de ingresos.
11. **¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **NANCY CANTRELL, DIRECTOR OF STUDENT SERVICES, 1202 Old Murphy Road, Franklin NC 28734, 524-4414**
12. **¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE UN MIEMBRO DE MI UNIDAD FAMILIAR NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
13. **¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que son independientes desde el punto de vista económico (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una porción de los gastos) no las incluya.
14. **¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON UNIFORMES?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
15. **ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES, ¿INCLUIMOS NUESTRA SUBVENCIÓN DE VIVIENDA COMO INGRESOS?** Si recibe una subvención para vivir fuera de la base militar, la tiene que incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative, no incluya la subvención de vivienda como ingreso.
16. **MI CÓNYUGE ESTÁ EN UN DESPLIEGUE EN LA ZONA DE COMBATE. ¿CUENTA SU PAGA DE COMBATE COMO INGRESO?** No. Si recibe la paga de combate por encima de la paga básica debido al despliegue militar y no la recibía antes, entonces no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la escuela para recibir más información.
17. **MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR?** Para ver cómo solicitar beneficios del programa **Comida y Servicios, conocido como Estampillas de comida** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al **The Care line número de teléfono (1-800-662-7030)**

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, por favor contacte el Departamento de Nutrición Infantil al 524-8771.

Atentamente,

David Lightner, MHS, RDN, LDN
School Nutrition Director

Declaración de no discriminación: 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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

UN MIEMBRO DE LA UNIDAD FAMILIAR ES CUALQUIER MENOR O ADULTO QUE VIVA CON USTED.

Si su unidad familiar recibe beneficios de los programas **COMIDA Y SERVICIOS, CONOCIDO COMO ESTAMPILLAS DE COMIDA, FDPIR, O TIENE TANF/TRABAJA PRIMERO**, siga las siguientes instrucciones

Parte 1: Anote el nombre de los niños, nombre de la escuela y grado

Parte 2: Anote el nombre y el número de caso de cualquier miembro de la familia recibiendo **Comida y Servicios, conocido como Estampillas de comida, FDPIR, o tiene TANF/Trabaja Primero**. No se acepta la tarjeta EBT. Si no está seguro de su número de caso de los servicios de comida y nutrición, formalmente conocido como el programa de estampillas de comida, contacte el Departamento local de Servicios Sociales, para obtener el número.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si ningún miembro de su hogar recibe los beneficios de los programas Comida y Servicios, conocido como Estampillas de comida, FDPIR, o tiene TANF/Trabaja Primero, o si algún niño en su casa no tiene hogar, un migrante o se ha escapado de su casa, siga estas instrucciones

Parte 1: Anote el nombre de los niños, nombre de la escuela y grado

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **Nancy Cantrell, coordinadora para personas sin hogar al 524-4414 X 313 para saber si cumple los requisitos**

Parte 4: Complete únicamente si uno de los niños de su unidad familiar no califica conforme a la **Parte 3**. Vea las instrucciones para Todas las Demás Unidades Familiares.

Parte 5: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social no son necesarios si no necesitó llenar la parte 4.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si está aplicando por un hijo de crianza, siga las siguientes instrucciones:

Si todos los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:

Parte 1: Anote a todos los hijos de crianza y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Ignore esta parte.

Parte 3: Ignore esta parte.

Parte 4: Ignore esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

Si algunos de los niños de la unidad familiar son hijos de crianza:

Parte 1: Anote el nombre de los niños, nombre de la escuela, grado y marque la casilla indicando que el niño es un hijo de crianza.

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **Nancy Cantrell, coordinadora para personas sin hogar al 524-4414 X 313 De no ser así, ignore esta parte.**

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

- **Casilla 1–Nombre:** Anote a todos los miembros que viven en el hogar.
- **Casilla 2–Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para

ganancias, asegúrese de anotar el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe. Para otros ingresos, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. Bajo *Todos los Demás Ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya

- los ingresos de los programas FNS, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta

propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

| |
|---|
| TODOS LOS DEMAS HOGARES, incluyendo los hogares con WIC, sigan las siguientes instrucciones. |
|---|

Parte 1: Anote el nombre del niño, nombre de la escuela, grado y marque hijo de crianza, si es aplicable.

Parte 2: Si la unidad familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

Parte 3: Si cualquiera de los niños por los que solicita está desamparado o en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a **Carol Arnold, coordinadora para personas sin hogar al 524-4414 X 318**. De no ser así, ignore esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales de la unidad familiar para este mes o el mes anterior.

- **Casilla 1–Nombre:** Anote a todos los miembros de la unidad familiar.
- **Casilla 2–Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro de la unidad familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuán frecuentemente se recibió el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para declarar ingresos, asegúrese de anotar el **ingreso bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Debiera encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe. Para otros ingresos, anote el monto que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad. Bajo *Todos los Demás Ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su unidad familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de hijos de crianza que la familia recibe de la agencia de colocación. ÚNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto de la unidad familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si desea.

2017-2018 SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

| Parte 1. Niños en la escuela, incluyendo los niños de crianza | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de todos los niños en la escuela (Primer nombre, inicial, apellido) | Nombre de la escuela | Grado | Niño de crianza (marquee si el niño es considerado una responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o la corte) NOTE: Si todos los niños listados son de crianza, ignore parte 5 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| Parte 2. Beneficios | | | | | |
| Si algún miembro de su hogar recibe Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS, antes conocido como el programa de Cupones para Alimentos), FDPIR o TANF / Work First, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe beneficios y vaya a la parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3. Nombre: _____ Número de caso: _____ | | | | | |
| Parte 3. Para niños sin hogar, inmigrantes o fugitivos | | | | | |
| Si el niño que usted está aplicando es desamparado, inmigrante o fugitivo marque la casilla apropiada y llame a Nancy Cantrell, homeless liaison, migrant coordinadora al 524-4414 x 313 Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Parte 4 Total del Ingreso Bruto del Hogar | | | | | |
| 1. Nombre (Anoté los nombres de TODOS los que viven en el hogar incluyendo los estudiantes listados arriba) | 2. Ingreso bruto y con que frecuencia es recibido. (Use el ingreso exacto, incluyendo centavos.) Ejemplo: \$100.15 por mes \$100.97 dos veces al mes \$100.76 cada dos semanas \$100.00 por semana | | | | 3-Marque si no hay ingreso |
| | Ingreso del trabajo antes de las deducciones | Bienestar Social, manutención infantil, pensión alimenticia | Pensión de jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA | Todos los otros ingresos | |
| (Ejemplo) Jane Smith | \$200.50 por semana | \$100.75 por semana | \$100.45 por mes | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | \$ _____ por _____ | <input type="checkbox"/> |
| Parte 5. Firma y los últimos cuatro dígitos del Seguro Social Number (Un adulto debe firmar) | | | | | |
| Un adulto miembro del hogar debe de firmar la solicitud. Si la parte 4 es completada el adulto debe anotar los últimos cuatro dígitos del Seguro Social o marcar en la casilla "Yo no tengo Seguro Social" . (Véase el acto de Privacidad) Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy. Entiendo que los oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Firme aquí: X _____ Nombre impreso: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____ Número de teléfono _____ Ultimos cuatro dígitos del Seguro Social: ***-**-____-____ <input type="checkbox"/> Yo no tengo Seguro Social | | | | | |
| Part 6. Identidad étnica y racial de los niños (Opcional) | | | | | |
| Elija un origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino | Elija uno o mas (no importa el origen étnico): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o native de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico | | | | |
| No llene esta parte. Es para uso de la escuela solamente. | | | | | |
| Categorical Eligibility: ___ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____ Date Withdrawn: _____ Determining Official's Signature: _____ Date: _____ 2 nd Official's Signature: _____ Date _____ Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Verifying Official's Signature: _____ Date: _____ | | | | | |

**2017-2018 SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES
GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS**

| TABLA FEDERAL DE INGRESOS | | | | | |
|--|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Efectivo para el Año Escolar 1 de julio del 2017 al 30 de junio del 2018 | | | | | |
| Tamaño del | Anual | Mensual | Dos veces al | Cada dos | Semanal |
| 1 | 22,311 | 1,860 | 930 | 859 | 430 |
| 2 | 30,044 | 2,504 | 1,252 | 1,156 | 578 |
| 3 | 37,777 | 3,149 | 1,575 | 1,453 | 727 |
| 4 | 45,510 | 3,793 | 1,897 | 1,751 | 876 |
| 5 | 53,243 | 4,437 | 2,219 | 2,048 | 1,024 |
| 6 | 60,976 | 5,082 | 2,541 | 2,346 | 1,173 |
| 7 | 68,709 | 5,726 | 2,863 | 2,643 | 1,322 |
| 8 | 76,442 | 6,371 | 3,186 | 2,941 | 1,471 |
| Cada persona adicional | 7,733 | 645 | 323 | 298 | 149 |

Sus hijos podrían calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en este cuadro.

Los demás programas de asistencia nutricional del FNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**2017-2018 SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES
GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS**

LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, se podría compartir la información que usted proporcionó en su Solicitud para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos con otros programas para los que sus hijos tal vez califiquen. Para los programas siguientes, tenemos que obtener su permiso para compartir la información. Enviar el formulario no cambia el hecho que sus hijos reciban comidas gratuitas o a precios reducidos.

-
- ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa **de becas y Programa de Ayuda.**
 - ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos con el programa Exención del pago o Programas Reducción de las tasas
 - ¡Sí! **Deseo** que los funcionarios escolares compartan la información de mi solicitud para recibir comidas gratuitas y de precios reducidos en los pagos de los exámenes para el AP y IB

Si marcó cualquiera o todas las casillas anteriores, llene los blancos a continuación para asegurarse de que se comparta la información sobre los siguientes niños. Se compartirá su información únicamente con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a al Departamento de Nutrición Infantil al 524-8771. Por favor complete y retorne este formulario con la Solicitud de Comida Familiar gratis y Reducida, o envíela al Departamento de Nutrición Infantil a 1202 Old Murphy Rd. Franklin, NC 28734.