



Estimado Padre de Familia/Encargado:

*Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Mitchell County Schools** ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. El desayuno cuesta K-12 \$1.00 y el almuerzo K-5 \$1.75 and 6-12th \$2.00. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es de .30 para el desayuno y .40 para el almuerzo.*

**1. ¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. **Devuelva la solicitud completa a: Heather Calhoun, 72 Ledger Sch. Rd., Bakersville, NC 28705, 828-766-2240.**

**2. ¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.

**3. ¿Pueden los niños sin hogar, niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con: Chad Calhoun, 828-766-2245 para verificar si sus hijos califican.

**4. ¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos mostrada en esta solicitud.

**5. ¿Debo llenar una solicitud si este año escolar recibí una carta que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis o a precio reducido?** Por favor, lea la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **828-766-2240** si tiene preguntas.

**6. Yo recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una solicitud.

**7. ¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.

**8. Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.

**9. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Dr. Rick Spurling, 72 Ledger Sch. Rd., Bakersville, NC 28705, 828-766-2227.**

**10. ¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**11. ¿A quienes tengo que incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a si mismo y a todos los niños que viven con usted.

**12. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.

**13. Nosotros estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como parte de nuestro ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para

Militares usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como parte de su ingreso. Otros suplementos deben ser incluidos como parte de su ingreso.

*Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: **828-766-2240**.*

Sinceramente,  
**Heather Calhoun**  
**Director, Child Nutrition**

**Privacy Act Statement**

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the social security number of the adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Food and Nutrition Services (FNS, formerly Food Stamps), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

**Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.**

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

**Si su familia recibe CUPONES DE ALIMENTOS o TANF, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños, escuela, grado y el número de caso de cupones para alimentos o TANF

**Parte 2:** Marque el bloque apropiado.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte

**Parte 5:** Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Marque el bloque apropiado y comuníquese con Chad Calhoun, 828-766-2245..  
Complete la solicitud para los DEMÁS FAMILIARES siguiendo las instrucciones.**

**Si usted está solicitando para un HIJO DE CRIANZA, siga estas instrucciones:**

**Parte 1: Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza.** Anote el nombre del niño, escuela, y grado.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Marque el bloque y anote la cantidad del ingreso mensual personal del niño, si alguno.

**Parte 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo los que reciben WIC, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote el nombre de cada niño, escuela y grado.

**Parte 2:** Marque el bloque apropiado, si alguno.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia del mes pasado.

**Columna 1– Nombre:** Anote el nombre y apellido de cada una de las personas que vive en su hogar ya sean o no parientes (tal como abuelos, otros parientes o amigos). Usted debe incluirse a si mismo y a todos los demás niños que viven con usted. Añada otra página si es necesario.

**Columna 2– Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido:** Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos que recibieron el mes pasado y cuantas veces los recibieron. Por ejemplo, *Ingresos de empleo:* Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Al lado de la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente). *Otros Ingresos:* Anote la cantidad que cada persona recibió el mes pasado de; asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, (segunda columna), pensión de jubilación, Seguro Social (tercera columna) y CUALQUIER OTRO INGRESO (cuarta columna). En las demás columnas incluya, compensación laboral, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona. Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

**Columna 3–Marque si no hay ingresos:** Si la persona no tiene ingresos, marque el bloque.

**Parte 5:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque si no tiene uno.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

## SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

<b>Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)</b>					
Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Homeros Techar	Grado	# de Cupones de Alimentos o TANF (si aplica). <b>Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF</b>	
<b>Parte 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]</b> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Abandonó su Hogar <input type="checkbox"/>					
<b>Parte 3. Hijo de Crianza</b> Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque <input type="checkbox"/> luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$_____. Vaya a la parte 5.					
<b>Parte 4. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe</b>					
<b>1. Nombre</b> (Anote a <b>todos</b> en su hogar) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	<b>2. Ingreso bruto y frecuencia</b> <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				<b>3. Marque si no hay ingresos</b>
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
\$200/weekly_____	\$150/weekly_____	\$100/monthly_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	\$_____/_____	<input type="checkbox"/>	
<b>Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)</b>					
Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.) <i>Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.</i>					
Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social					
<b>Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)</b>					
Marque una o más de las identidades raciales:		Marque una identidad étnica:			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano Latino			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino			
<input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro					
<b>No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela</b>					
Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12 Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week, <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks, <input type="checkbox"/> Twice A Month, <input type="checkbox"/> Month, <input type="checkbox"/> Year Household size: _____ Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____ Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days) Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____					

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.**

Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. (El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a **Heather Calhoun** al 828-766-2240.

**Regrese esta forma a: 72 Ledger School Road, Bakersville, NC 28705 antes de August 31, 2010.**

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proveyó en su solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales sus niños podrían calificar. **Nosotros tenemos que obtener autorización para compartir su información con los siguientes programas. El enviar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido.**

---

No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

---

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **Talent Search Program by Lee's McRae.**

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **AP Testing Program.**

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **4-H Extension Afterschool Program and/or Young Scholar's Program.**

Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido con **School Nurses & NC Public School Health & Human Services (Dental & Vision).**

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los bloques de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, usted puede llamar a **Heather Calhoun** al 828-766-2240.  
**Envíe ésta forma a: 72 Ledger Sch. Rd., Bakersville, NC 28705 antes de August 31, 2010**