

**HATTIESBURG PUBLIC SCHOOL DISTRICT**  
**APLICACION FAMILIAR PARA ALIMENTOS GRATIS/REDUCIDOS**



**NOTIFICACION A LOS PADRES**

Esta es la Aplicacion de alimentos gratis y reducidos de 2010-2011. Una aplicacion nueva debe ser completada todos los años. **Porfavor use tinta negra y marque en las areas designadas.**

**Por favor complete solo una forma por hogar.** Si usted tiene mas de seis hijo(a) matriculados en Hattiesburg Public Schools (viviendo en su hogar), complete dos formas.

**Use estos codigos de escuela cuando complete su aplicacion:**

- 12 Lillie Burney Elementary**
- 20 Grace Christian Elementary**
- 38 Hawkins Elementary**
- 42 Rowan Elementary**
- 52 Thames Elementary**
- 66 Woodley Elementary**
- 30 N. R. Burger Middle**
- 00 Mary Bethune Alternative**
- 08 Hattiesburg High**

**Recuerde aplicaciones incompletas, ilegibles, o incorrect atrasaran su elegibilidad!**

**Precios de alimentos para estudiantes por el año escolar 2010-2011**

<b>Desayuno precio completo</b>	<b>\$1.25</b>
<b>Almuerzo precio completo</b>	<b>\$2.00</b>
<b>Desayuno precio reducido</b>	<b>\$ .30</b>
<b>Almuerzo precio reducido</b>	<b>\$ .40</b>

Nuestros estudiantes elementales continuaran participando del programa de Desayuno Provicion II este año . Esto le permite a los estudiantes elementales a recibir alimentos gratis. Si usted tiene alguna pregunta, Por favoe contacte la escuela de su hijo(a) o la Oficina de la Nutricion del Niño al 601.582.5078.

**APLICACION PARA LAS COMIDAS GRATIS o REDUCIDAS de PRECIO FAMILIAR – AÑO ESCOLAR 2010/2011 HATTIESBURG PUBLIC SCHOOLS**

ESTIMADO PADRE O ENCARGADO:

Hattiesburg Public School District toma parte en el Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno en las Escuelas. Las comidas se sirven cada día de clase. Estudiantes pueden comprar el almuerzo por \$2.00 y el desayuno para \$.1.25 Los estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a precio reducido de \$.40 para almorzar y/o \$.30 para el desayuno. Ni usted o sus niños tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos para calificar para comidas gratis o reducida de precio.

**POR FAVOR ESCRIBE CLARAMENTE EN TINTA NEGRA. UNA APLICACION POR CASA Y UNA PARA CADA HIJO DE CRIANZA.**

**PARTE 1 -** Si ESTA SOLICITANDO POR UN HIJO DE CRIANZA, USTED DEBE COMPLETAR UNA APLICACION SEPARADA PARA CADA HIJO DE CRIANZA. Ponga una X en la caja indicada si esta aplicación es para un Hijo de Crianza. Los Hijos de Crianza pueden ser elegibles para comidas gratis o reducidas de precio a pesar de los ingresos de las familias con quien ellos viven.

**PARTE 2 -** Si usted cree que el niño para quien usted aplica es ambulante/sin hogar, inmigrante, o a abandonó su hogar, coloque una X en la caja apropiada.

**PARTE 3 -** Entra el numero de MSIS del estudiante matriculado (si usted lo sabe), primer nombre, inicial, apellido, la fecha del nacimiento, código de escuela, y el grado. Si es aplicable entra el número del caso de los Cupones de Alimentos, el de Programa de la Distribución de Alimento en la Reservación Indio (FDPIR) o el de la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en el espacio proporcionado para cada niño. Si cada niño en la aplicación tiene un Cupón de Alimentos, TANF, o el número de FDPIR, usted puede saltarse las Partes 4 & 5. Usted debe llenar las Partes 4 & 5 si uno o más estudiantes listaron no tiene un número del caso. Si esto es una aplicación para un Hijo de Crianza, SOLAMENTE pon el Hijo de Crianza - no los otros estudiantes.

**PARTE 4 -** Entra el nombre de TODAS OTROS personas que viven en su casa. La casa significa un grupo de personas relacionado, o no-relacionado, los individuos que viven como una unidad económica y comparten los gastos vivos que Incluye: ropas, alquiler, alimento, cuentas de doctor, y cuentas de utilidades. Las casas con miembros desplegados de servicio deben incluir su nombre y los ingresos que hacen disponible a la casa. Incluya a cualquier estudiante enumerado quién recibe dinero de un trabajo regular o de medio tiempo y no incluyen cualquier Hijo de Crianza. Si el individuo no tiene ingresos, usted debe poner una X en el cuadro junto al nombre

**Las APLICACIONES INCOMPLETAS, ILEGIBLES O INEXACTAS DEMORARAN los BENEFICIOS de COMIDA**

**NOTA:** Si usted participa en el Programa Suplementario Especial de Nutrición para Mujeres, Los Bebés y Niños (WIC), los Cupones de Alimentos, FDPIR o TANF su niño o niños matriculado puede tener derecho a comidas gratis.

**COMIDAS PARA LOS NIÑOS INCAPACITADO:** Si su niño necesita un sustituto de alimento o modificación de textura a causa de una incapacidad, contacta la escuela. Un niño con una incapacidad tiene derecho a una comida especial sin ningún recargo si la incapacidad previene al niño de comer las comidas provistas por la escuela regulares.

**APLICA PARA BENEFICIOS:** Usted puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora pero sus ingresos bajan, usted pierde su trabajo, el tamaño de su familia llega a ser más grande, o usted llega a ser elegible para Cupones de Alimentos, FDPIR o TANF benefician, usted puede completar una aplicación en aquel momento.

**INFORME SUS INGRESOS:** Si sus ingresos no son siempre el mismo, lista la cantidad que usted obtiene normalmente. Por ejemplo, si usted obtiene normalmente \$1000 cada mes, pero usted perdió algún trabajo durante el mes y sólo gana \$900, escriba que usted obtiene \$1000 por mes. Si usted obtiene normalmente tiempo extraordinario, lo incluye, pero no si usted lo obtiene sólo a veces. Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluye los subsidios para vivienda como ingresos. Todas las otras concesiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

**EL NUMERO del SEGURO SOCIAL:** La aplicación debe tener el Número del Seguro Social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un Número del Seguro Social, verifica la caja proporcionó para mostrar que el adulto no tiene un Número del Seguro Social. Si un Cupón de Alimentos, FDPIR o el número del caso de TANF para el niño se listan, o si la aplicación es para un Hijo de Crianza, un Número del Seguro Social no se necesita.

**CONFIDENCIALIDAD:** El tamaño de la familia, los Ingresos de la casa, e información de Número del Seguro Social se quedarán confidencial. La información que usted proporciona determinará su niño la elegibilidad para recibir comidas gratis o reducida de precio.

**VERIFICACIÓN:** Su elegibilidad se puede verificar en cualquier momento durante el año escolar. Los oficiales de la escuela pueden pedir que usted mande los datos que demuestran que su niño debe recibir comidas gratis o reducida de precio.

**Declaración del Acta de Privacidad:** La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones

del individuo. Entra los Ingresos ANTES DE DEDUCCIONES en la columna apropiada, y indique la frecuencia en la cual se recibe los ingresos (ve el gráfico en el fondo de esta página para los ingresos que usted debe informar). En la caja de Freq, entra "W" si los ingresos se recibe semanalmente, "E" si los ingresos se recibe cada dos semanas, "T" si los ingresos se recibe dos veces un mes, o "M" si los ingresos se recibe mensualmente. Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluye los subsidios para viviendas como ingresos. Todas las otras concesiones se deben incluir en sus ingresos brutos.

**PARTE 5 -** Entra el número total de miembros del hogar.

**PARTE 6 -** Escriba su dirección de envío y el número de teléfono.

**PARTE 7 -** Firme y Deletrea el nombre del adulto que llena la aplicación y escriba la fecha.

**PARTE 8 -** Escriba el Número de Seguro Social del miembro adulto de la casa que llena la aplicación. Si el miembro adulto de la casa no tiene un Número de Seguro Social, coloca una X en el cuadro proporcionada.

**PARTE 9 -** Ponga un X en esta caja si USTED NO DESEA el informacion de el aplicacion usado en la determinación de otras ventajas para su niño tal como Medicaid o el programa del seguro médico de niños del estado.

**PARTE 10 (OPCIONAL) -** Marque una X en el cuadro que indica el origen del raza/étnico del estudiante en los espacios proporcionados. Usted NO TIENE que proporcionar esta información.

Indígenas (FDPIR) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

**Declaración de No-Discriminación:** De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**VISTA JUSTA:** Si usted no concuerda con la decisión del Distrito con respecto a su aplicación ni el resultado de comprobación usted tiene el derecho a una vista justa y lo puede discutir con el Oficina de la nutrición del niño.

**SOMÉTASE:** Por favor regrese completa las aplicaciones de comida a la escuela de su niño o Child Nutrition Office, 301 Mamie Street, Hattiesburg, MS, 39401 Permitiremos que usted sepa cuando su aplicación se aprueba o es negada. Sus beneficios serán buenos por el año escolar entero.

School Code	School Name
12	Lillie Burney Elementary
20	Grace Christian Elementary
38	Hawkins Elementary
42	Rowan Elementary
52	Thames Elementary
66	Woodley Elementary
30	N.R. Burger Middle
00	Mary Bethune Alternative Center
08	Hattiesburg High School

# 2010-2011 Aplicación Para Beneficios de Comidas Para la Familia

# Hattiesburg Public School District

Lea las instrucciones al reverso. Use tinta negra. Imprima claramente dentro de las cajitas y evite marcas fuera de ellas. Por favor use MAYÚSCULAS. Llene una aplicación por casa o por niño acogido.

<b>1</b>	<b>NIÑO ACOGIDO</b> CADA NIÑO ACOGIDO DEBE ESTAR EN UNA APLICACIÓN SEPARADA <input type="checkbox"/>	<b>2</b>	<b>AMBULANTE/SIN HOGAR, EMIGRANTE, DESAPARECIDO:</b> Si el niño para quien usted está llenando la aplicación es ambulante/sin hogar (H), emigrante (M) o desaparecido (R), coloque una X en la caja apropiada y llame al 601.582.5078. <span style="float:right;">H M R</span>
----------	---	----------	--

**3** **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** Llene la información abajo para CADA ESTUDIANTE MATRICULADO. Si esta aplicación es para un Niño Acogido, indique un solo niño acogido aquí – NO indique a ningún otro estudiante aquí con el Niño Acogido.

MSIS Estudiante (si lo sabe)	Nombre (legal)	IM	Apellido	La fecha de Nacimiento			Código Escolar	Grado	SNAP, FDPIR o TANF #
				MM	DD	AA			

**4** **MIEMBROS DEL HOGAR.** Incluya TODOS los otros miembros del hogar y sus ingresos. Indique estudiantes que no estén matriculados. (p.e., cualquier niño en la preparatoria y los que no estén actualmente matriculados en la escuela.) **INDIQUE EL INGRESO BRUTO TOTAL** antes de los impuestos y deducciones y, en la cajita "Freq", **CUAN A MENUDO RECIBE EL INGRESO** (W=Semanalmente, E=Cada 2 semanas, T=Dos veces al mes, M=Mensualmente, Y=Anualmente) Marque la cajita de "No Ingreso" o indique la cantidad del ingreso donde sea aplicable pero no escriba "NINGUNO" o "NA".

Imprima el nombre y apellido legal de otros adultos y niños, incluyendo sufijos (Jr., Sr) si es aplicable.	"No Ingresos"	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Freq	Pagos de bienestar, sustento de niños/pensión de divorcio	Freq	Pago de pensiones, Retiro/Seguro Social	Freq	Ingresos temporarios	Freq

**7** Marque con una X este recuadro si su hijo recibieron comidas gratis oa precio reducido durante el año escolar anterior.

**8** Marque con una X este encasillado si usted NO desea que esta aplicación que se utiliza en la determinación de otros beneficios para su hijo.

**9** **CERTIFICACIÓN:** Certifico que toda la información como consta más arriba es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se da en conexión con el recibo de fondos Federales, que oficiales escolares pueden verificar la información en la aplicación en cualquier momento y que tergiversación intencional de la información puede resultar en mi persecución bajo las leyes estatales y federales aplicables.

**SE REQUIERE FIRMA DEL ADULTO**

X

**NOMBRE (imprima claramente)**

**APELLIDÓ (imprima claramente)**

**FECHA DE LA FIRMA** MM DD AA

**5**  **INDIQUE EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RESIDEN EN SU HOGAR (de las partes 3 y 4)**

**6**

Dirección postal  Apt #

Ciudad  Estado  Código postal  Teléfono de contacto durante el día  -  -

**10** El adulto que completó esta aplicación debe firmar e incluir su Número de Seguro Social (SSN). Un SSN NO se requiere en aplicaciones con SNAP, TANF, FDPIR, ni Niños Acogidos. Si usted NO tiene un SSN, coloque una X en la cajita.

-  -  X aquí si NO tiene un SSN

Número del Seguro Social del ADULTO

**11**

**PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

Date Of Determination: MM DD YY Household Size:  Total Income:  F:  Eligibility Code:  Reviewer:

Raza (Opcional)  Indio Americano  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo Hawaiano u Otro Isleño Pacífico  Blanco  Otro

Identidad étnica (Opcional)  De Origen Hispano  No de Origen Hispano