



Pittsburg Community Schools

Unified School District 250

Dear Parent/Guardian:

Your child may be eligible to receive healthy school meals at a reduced price or free. Following are questions and answers about who is eligible and how to apply.

Meal Charges	Elementary		Middle or Jr. High		High School	
	Full Price	Reduced Price	Full Price	Reduced Price	Full Price	Reduced Price
<input checked="" type="checkbox"/> Lunch	\$2.10	\$.40	\$2.25	\$.40	\$2.25	\$.40
<input checked="" type="checkbox"/> Breakfast	\$1.30	\$.30	\$1.30	\$.30	\$1.30	\$.30
<input checked="" type="checkbox"/> After School Snack	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

- Do I need to fill out an application for each child?** Use one application for all students in your household. Enter all required information and return the completed application to: **Susanna Thyer, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762.**
- Who can get free meals?** Students in households getting Food Assistance, Temporary Assistance for Families (TAF), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), can get free meals regardless of your income. Also, students in your household can get free meals if your household's gross income is within the free limits on the Federal Income Eligibility Guidelines.
- Can foster children get free meals?** Yes, foster children that are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals, regardless of income.
- Can a homeless, runaway or migrant student get free meals?** If you have not been informed that the student will get free meals, please contact the school's Homeless Liaison or Migrant Coordinator: **Monica LaForte, 620-235-3100.**
- Who can get reduced price meals?** Students in your household can get reduced price meals if your household income is within the reduced price limits on the Federal Income Eligibility Guidelines (see chart on the back of the application form).
- Should I fill out an application if I received a letter this school year saying my children are approved for free meals?** Please read the letter carefully and follow the instructions. If you have questions, contact the Determining Official: **Susanna Thyer, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762.**
- My child's application was approved last year. Do I need to fill out another one?** Unless the school told you that your child is approved for the new school year, you must send in a new application.
- I get WIC. Can my child(ren) get free meals?** Students in households participating in WIC may be eligible for reduced price or free meals. Please fill out an application.
- Will the information I give be checked?** Yes, we may ask you to send written proof.
- If I don't qualify now, may I apply later?** Yes, you may apply at any time during the school year. For example, children with a parent or guardian who becomes unemployed may become eligible for free and reduced price meals if the household income drops below the income limit.
- What if I disagree with the school's decision about my application?** Talk to the Determining Official. You may also request a hearing by contacting the Hearing Official: **Lita Biggs, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762, 620-235-3100.**
- May I apply if someone in my household is not a U.S. citizen?** Yes. You or your child(ren) do not have to be a U.S. citizen to qualify for reduced price or free meals.
- Who should I include as members of my household?** Include yourself, all children (including foster children) who live with you and all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends).
- What if my gross income is not always the same?** List the amount that you normally get. For example, if your normal gross income is \$1,000 each month, but you missed some work last month and only got \$900, put down that you get \$1,000 per month. If you normally get overtime, include it, but only if you regularly work overtime.
- We are in the military. Do we include our housing allowance as income?** If your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. All other allowances must be included in your gross income.
- My spouse is deployed in a combat zone. Is his/her combat pay counted as income?** Combat pay is not counted as income if it is received in addition to basic pay and it wasn't received before deployment.
- My family needs more help. Are there other programs for which we can apply?** Contact the Kansas Department of Social and Rehabilitation Services at 1-888-369-4777 or visit www.srs.ks.gov.

If you have other questions or need help, call: 620-235-3100.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: 620-235-3100.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 620-235-3100.

For USDA's translated materials, go to <http://www.fns.usda.gov/cnd/FRP/frp.process.htm>.

For KSDE's Spanish translations, go to http://www.kn-eat.org/SNP/SNP_Menus/SNP_Admin_Foreign_Language_Translations.htm.

In accordance with Federal law and U.W. 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 USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer

How to Apply for Reduced Price or Free School Meals

If your household gets Food Assistance, TAF or FDPIR, follow these instructions:

Part A: Enter the following information:

- Each household member's first and last name.
- Each student's school and grade.

Part B: List the case number for any household member (including adults) receiving Food Assistance, TAF or FDPIR benefits. A Medicaid number cannot be accepted.

Part C: Skip this part.

Part D: Sign and date the form. The last four digits of a Social Security number are **not** necessary.

Part E: Complete this part if you choose to.

If you are applying for a **FOSTER CHILD**, follow these instructions:

If all children in the household are foster children:

Part A: List all foster children and the school name and grade for each child. Check the box indicating the child is a foster child.

Part B: Skip this part.

Part C: Skip this part.

Part D: Sign and date the form. The last four digits of a Social Security number are **not** necessary.

Part E: Complete this part if you choose to.

If some of the children in the household are foster children:

Part A: List all household members including foster child(ren).

- Check the box if the child is a foster child.
- Follow procedures below for All Other Households.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households, follow these instructions:

Part A: List all household members living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends) and the name of each student's school and grade. For any person, including children, with no income, you must check the "Zero Income" box. Attach another sheet of paper if more space is needed.

Part B: If the household does not have a case number, skip this part.

Part C: Report the **GROSS income for all household members from last month**. Gross income is the amount earned BEFORE taxes and any other deductions. This is NOT the same as take-home pay. The gross amount should be listed on the pay stub.

- List the **gross income** each household member earned from work and circle the Frequency code that shows how often the income is received.
- List the amount the person got last month from other income including welfare, child support, alimony, retirement pensions, Social Security, Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and ANY OTHER INCOME. Circle the Frequency code that shows how often the income is received.
- If the household has **income from self-employment** (such as from a self-owned business, farm or rental income), report net income in the Earnings from Work columns. See the back side of the application form for instructions on reporting self-employment income.
- If the household is in the **Military Housing Privatization Initiative** or gets combat pay, do NOT include these allowances as income.
- Check the box if this person is temporarily not working due to strike, lay-off, injury or short-term disability.

Part D: An adult household member must sign and date the form and list the last four digits of their Social Security number or check the box if s/he does not have one.

Part E: Complete this part if you choose to.

2011-2012 Application for Child Nutrition Program Benefits

Important! Important! Carefully follow instructions. An incomplete application cannot be approved. Complete one application per household. Return completed application to school.

A. HOUSEHOLD MEMBERS

List Names of ALL Household Members	First Name	Last Name	School Name (or "NA" if child is not in school)	Grade	Check if a Foster Child. Skip to Part D to sign this form if ALL are Foster Children.	Check if ZERO Income	C. TOTAL HOUSEHOLD GROSS INCOME BEFORE ANY DEDUCTIONS				
							Frequency: Circle ONE next to each income amount: W=Weekly, E2=Every 2 Weeks, 2M=Twice a Month, M=Monthly, Y=Yearly	Earnings from Work	Other Regular Income	Check if TEMPORARILY NOT working due to strike, lay off, injury or short-term disability.	
							Amount	Select Frequency	Amount	Select Frequency	
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	
8.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	W E2 2M M Y	<input type="checkbox"/>	

B. BENEFITS - If any member of your household receives Food Assistance, TAF or FDPPIR, provide the name and case number for the person who receives benefits and skip to Part D. If no one receives these benefits, go to Part C.

Name: _____ Case Number: _____

D. SIGNATURE AND LAST FOUR DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER - An adult household member must sign the application. IF PART C IS COMPLETED, the adult signing the form also must list the last four digits of his or her Social Security Number (SSN) or mark the "I do not have a SSN" box. (See Privacy Act Statement on the reverse side of this application.)

Print Name: _____ Daytime Phone: _____ Evening Phone: _____ Email: _____

Address, City, State, Zip: _____

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will receive Federal and State funds based on the information I give; school officials may verify the information; and if I purposely give false information, my child (ren) may lose meal benefits and I may be prosecuted under applicable Federal and State criminal statutes.

Sign Here X _____ Date: _____ Last four digits of SSN: ***-**-**** OR I do not have a SSN

E. Ethnic Identity (optional) - Check one: Hispanic or Latino NOT Hispanic or Latino

Racial Identity (optional) - Check one or more: Asian White Black or African American American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or Pacific Islander Other

FOR SCHOOL USE ONLY. DO NOT WRITE BELOW.

Application Type (check one)

Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____

Household's Income Frequency - Circle ONE: W E2 2M M Y Multiple=Yearly

Food Assistance or TAF or FDPPIR Foster Child

Application Status

Approved..... Free OR Reduced Price

Temporarily Approved... Free OR Reduced Price

Denied..... Income over allowed amount Incomplete/missing: _____

Expires On: _____

Notes: _____

Determining Official's Signature: _____ Approval/Denial Date: _____ Notification Date: _____

Processor's Initials: _____ Confirming Official's Signature (ONLY for applications to be verified): _____ Review Date: _____

Your children may qualify for reduced price or free meals if your household income falls within the limits on this chart.

Federal Income Eligibility Guidelines					
Household size	Yearly	Monthly	Twice a Month	Every 2 Weeks	Weekly
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Each additional person:	7,067	589	295	272	136

Income from Self Employment: Self-employed persons may use income tax records for the preceding calendar year as a base to project the current year's net income, unless the current monthly income provides a more accurate measure. Report income derived from the business venture less operating costs incurred in the generation of that income. Deductions for personal expenses such as interest on home payments, medical expenses, and other similar non-business deductions are not allowed in reducing gross business income. Additional income from other kinds of employment must be treated as separate and apart from the income generated or lost from your business venture. For example, if you operated a business at a net loss, but held additional employment for which a salary was received, the income for purposes of applying for reduced price or free meals would be the income from the salary only. The loss from the business cannot be deducted from a positive income earned in other employment. For purposes of this application, it is not possible to report a negative income from any business venture. The least income possible is zero (no income). The necessary information for arriving at allowable income from private business operation may be taken from your most recent U.S. Individual Income Tax Return - Form 1040. Add together the amounts reported on the following lines:

LINE 12	\$ _____	Business Income or (Loss)
LINE 13	\$ _____	Capital Gain or (Loss)
LINE 14	\$ _____	Other Gains or (Losses)
LINE 17	\$ _____	Rental real estate, royalties, partnerships, S corporations, trusts, etc.
LINE 18	\$ _____	Farm Income or (Loss)
TOTAL	\$ _____	Report yearly income in Part 1, Gross Income Before Any Deductions.

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. 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 reduced price or free meals. You must include the last four digits of the Social Security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the Social Security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Food Assistance, Temporary Assistance for Families (TAF) 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 reduced price or free meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

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 Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 or call (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.



Pittsburg Community Schools

Unified School District 250

Waiver of Confidentiality

Dear Parent/Guardian:

You do not have to send in this form to get reduced price or free Child Nutrition Program benefits for your children.

To save you time and effort, information about your children's eligibility for reduced price or free Child Nutrition Program benefits may be shared with other programs for which your children may qualify. For the programs listed below, we must have your permission to share your information.

- No, I DO NOT want information about my children's eligibility for Child Nutrition Program benefits shared with any of these programs.
- Yes, I DO want school officials to share information about my children's eligibility for Child Nutrition Program benefits with the programs I have checked below.
 - Free or Reduced Textbook Fees
 -
 -
 -

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call:

School Official's Name: Susanna Thyer Phone: 620-235-3100

Return this form to the address below by : As Soon As Possible to Pittsburg Community Schools.

Address: PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762.

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 Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 or call (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

In accordance with Federal law and U.W. 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 USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer



Pittsburg Community Schools

Unified School District 250

Estimado/a padre, madre o tutor:

Su hijo(a) podría ser elegible para recibir comidas escolares saludables a un precio reducido o de forma gratuita. A continuación encontrará preguntas y respuestas sobre quién es elegible y cómo presentar la solicitud.

Cargos por comidas	Escuela primaria		Escuela secundaria o Intermedia		Escuela preparatoria	
	Precio total	Precio reducido	Precio total	Precio reducido	Precio total	Precio reducido
<input checked="" type="checkbox"/> Almuerzo	\$2.10	\$.40	\$2.25	\$.40	\$2.25	\$.40
<input checked="" type="checkbox"/> Desayuno	\$1.30	\$.30	\$1.30	\$.30	\$1.30	\$.30
<input checked="" type="checkbox"/> Refrigerio después del horario escolar	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

1. ¿Debo llenar una solicitud por cada niño? Utilice una solicitud para todos los estudiantes en su hogar. Ingrese toda la información requerida y devuelva la solicitud completa a: Susanna Thyer, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762
2. ¿Quién puede obtener comidas gratuitas? Los estudiantes de hogares que reciban Asistencia alimenticia, Ayuda temporal para familias (TAF) o el Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de distribución de alimentos en reservas indias, FDIPIR) pueden recibir comidas gratuitas, sin importar el ingreso que usted recibe. Además, los estudiantes que residen en su hogar pueden obtener comidas gratuitas si el ingreso del hogar está dentro de los límites de gratuidad de las Normas federales de elegibilidad por ingresos.
3. ¿Los niños que residen en un hogar sustituto pueden recibir comidas gratuitas? Si, los niños en hogar sustituto que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o un tribunal encargados de ubicarlos bajo el cuidado de una familia sustituta son elegibles para recibir comidas gratuitas, sin importar su ingreso.
4. ¿Un estudiante desamparado, o que ha huido de su hogar o es inmigrante puede obtener comidas gratuitas? Si no se le ha informado que el estudiante recibirá comidas gratuitas, comuníquese con el Coordinador de enlace de niños sin hogar o emigrantes de la escuela: Monica LaForte, 620-235-3100.
5. ¿Quién puede obtener comidas a precio reducido? Los estudiantes que residen en su hogar pueden obtener comidas a precio reducido si el ingreso del hogar está dentro de los límites de precio reducido en las Normas federales de elegibilidad por ingresos (consulte la tabla en el reverso de este formulario de solicitud).
6. ¿Debo completar una solicitud si este año recibí una carta donde se me informa que mis hijos tienen aprobación para recibir comidas gratuitas? Lea esta carta detenidamente y siga las instrucciones. Si tiene dudas, comuníquese con el Funcionario encargado de tomar la decisión: Susanna Thyer, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762
7. La solicitud de mi hijo se aprobó el año pasado. ¿Debo llenar otra? A menos que la escuela le haya informado que se ha aprobado a su hijo para el nuevo año escolar, debe enviar una nueva solicitud.
8. Yo obtengo beneficios del programa WIC (mujeres, bebés y niños). ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) obtener comidas gratuitas? Los estudiantes de hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para obtener comidas gratuitas o a precio reducido. Llene una solicitud.
9. ¿Se verificará la información que proporciono? Si, podríamos pedirle que nos envíe documentación escrita como constancia.
10. Si actualmente no reúno los requisitos, ¿puedo llenar una solicitud más adelante? Si, puede llenar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre o tutor quede desempleado pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar se reduce por debajo del límite de ingreso.
11. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud? Hable con el Funcionario encargado de tomar la decisión. También puede solicitar una audiencia comunicándose con el Funcionario de audiencias: Lita Biggs, PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762, 620-235-3100.
12. ¿Puedo llenar una solicitud si alguna persona de mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos? Si. No es necesario que usted o su(s) hijo(s) sea(n) ciudadano(s) de los EE. UU. para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido.
13. ¿A quiénes debería incluir como miembros de mi hogar? Inclúyase usted, a todos los niños que vivan con usted (incluidos los niños que residen en un hogar sustituto) y a todas las demás personas que vivan en su casa, ya sean o no parientes (como abuelos, otros parientes o amigos).
14. ¿Qué sucede si mis ingresos brutos no son siempre los mismos? Indique la suma que recibe normalmente. Por ejemplo: si su ingreso bruto normal es de \$1,000 cada mes, pero usted no trabajó algunos días el mes pasado y únicamente recibió \$900, anote que obtiene \$1,000 al mes. Si habitualmente cobra horas extras, inclúyalo, pero solo si trabaja horas extras en forma regular.
15. Formamos parte del ejército. ¿Incluimos nuestro ingreso de vivienda como ingreso? Si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización de vivienda del ejército, no incluya su ingreso de vivienda como ingreso. Cualquier otro ingreso debe incluirse en su ingreso bruto.
16. Mi cónyuge está destinado en zona de combate. ¿Se cuenta su sueldo por combate como ingreso? El sueldo por combate no se cuenta como ingreso si se recibe como adicional al salario básico y no se recibe antes de ser destinado.
17. Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas donde podamos presentar una solicitud? Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales y Rehabilitación al 1-888-369-4777 o visite www.srs.ks.gov.

If you have other questions or need help, call: 620-235-3100.

Si necesita ayuda, llame al teléfono: 620-235-3100.

Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: 620-235-3100.

Si desea acceder a los materiales traducidos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), ingrese en http://www.fns.usda.gov/cnd/FRP/frp_process.htm.

Si desea acceder a las traducciones en español del Departamento de Agricultura de Kansas (KSDE), ingrese en http://www.kn-eator/SNP/SNP_Menu/SNP_Admin/Forelan_Language_Translations.htm.

In accordance with Federal law and U.W. 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 USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer

Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Si su familia recibe Asistencia alimenticia, TAF o FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Ingrese la siguiente información:

- Nombre y apellido de cada miembro del hogar.
- La escuela y el grado de cada estudiante.

Parte B: Ingrese el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de Asistencia alimenticia, TAF o FDPIR. No se puede aceptar un número de Medicaid.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Firme y escriba la fecha en el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte E: Llene esta parte si es su deseo.

Si presenta una solicitud para un HIJO EN HOGAR SUSTITUTO, siga estas instrucciones:

Si todos los niños del hogar son hijos en hogar sustituto:

Parte A: Enumere todos los hijos en hogar sustituto y el nombre de la escuela y el grado de cada niño. Marque la casilla para indicar que el niño es un hijo en hogar sustituto.

Parte B: Omite esta parte.

Parte C: Omite esta parte.

Parte D: Firme y escriba la fecha en el formulario. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte E: Llene esta parte si es su deseo.

Si algunos de los niños del hogar son hijos en hogar sustituto:

Parte A: Ingrese **todos** los miembros del hogar, incluidos los hijos en hogar sustituto.

- Marque la casilla si el niño es un hijo en hogar sustituto.
- Siga los procedimientos a continuación para Todos los demás hogares.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, incluidos los hogares WIC, deben seguir estas instrucciones:

Parte A: Incluya **todos los** miembros del hogar que vivan en su casa, ya sean parientes o no (por ejemplo abuelos, otros parientes o amigos) y el nombre de la escuela y el grado de cada estudiante. Para toda persona, incluidos los niños, que no perciba ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio.

Parte B: Si el hogar no tiene un número de caso, omite esta parte.

Parte C: Informe el ingreso **BRUTO del mes anterior, de todos los miembros del hogar**. El ingreso bruto es el monto obtenido ANTES de impuestos y cualquier otra deducción. Este ingreso **NO** es lo mismo que el dinero que lleva a casa. La cantidad bruta debería estar especificada en la boleta de pago.

- Enumere los **ingresos brutos** que cada miembro del hogar obtuvo por trabajo y haga un círculo en el código de frecuencia que indica con qué frecuencia recibe el ingreso.
- Enumere la cantidad que la persona obtuvo el mes anterior en concepto de otros ingresos, incluida asistencia pública, manutención, pensión alimenticia, jubilación, Seguro Social, compensación para empleados, desempleo, beneficios por huelga, Ingresos de Seguro Complementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (beneficios VA), beneficios por discapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y CUALQUIER OTRO INGRESO. Haga un círculo en el código de frecuencia que indica con qué frecuencia recibe el ingreso.
- Si el hogar obtiene **ingresos de negocios propios** (por ejemplo de una empresa propia, granja o ingresos por renta), declare el ingreso neto en las columnas Ingresos provenientes del trabajo. Consulte el reverso del formulario de solicitud para obtener más instrucciones sobre cómo declarar ingresos por negocios propios.
- Si el hogar pertenece a la **Iniciativa de privatización de vivienda del ejército** o recibe sueldo por combate, **NO** incluya estas asignaciones como ingresos.
- Marque la casilla si esta persona no está trabajando temporalmente debido a huelga, despido, lesión o discapacidad por corto tiempo.

Parte D: Un miembro adulto del hogar debe firmar, escribir la fecha en el formulario e ingresar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla si no tienen uno.

Parte E: Llene esta parte si es su deseo.

Solicitud para beneficios de Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) 2011-2012

¡Important! ¡Important! Siga atentamente las instrucciones. No se puede aprobar una solicitud incompleta. Llene una solicitud por hogar. Devuelva la solicitud llena a la escuela.

A. MIEMBROS DEL HOGAR

Enumere los nombres de TODOS los miembros del hogar	Nombre	Apellido	Complete estas columnas ÚNICAMENTE para los estudiantes inscritos en este Distrito. Nombre de la escuela (o "NA" [no correspondel si el niño no asiste a la escuela])	Grado	Marque la casilla si se trata de un(a) hijo(a) en hogar sustituto. Continúe con la Parte D para firmar este formulario si TODOS son hijos en hogar sustituto.	Marque la casilla si no PERCIBE ingresos	Frecuencia: Haga un círculo alrededor de UNA opción en cada cantidad de Ingresos: S=Semanal, C2=Cada 2 semanas, 2M=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual		Huelga, despido, lesión o discapacidad por corto tiempo.		
							Ingresos provenientes del trabajo	Otros ingresos regulares			
							Monto	Seleccione la frecuencia	Monto	Seleccione la frecuencia	
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>
8.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S C2	2M M A	S C2	2M M A	<input type="checkbox"/>

B. BENEFICIOS: Si un miembro de su hogar recibe Asistencia alimenticia, TAF o FDPPIR, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios y continúe con la Parte D. Si nadie recibe estos beneficios, continúe con la Parte C.

Nombre: _____ Número de caso: _____

D. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario. **SI SE LLENA LA PARTE C, el adulto que firma el formulario debe proporcionar también los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (NSS) o marcar la casilla "No tengo NSS". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en el reverso de esta solicitud).**

Nombre en letra de imprenta: _____ N.º de teléfono durante el día: _____ N.º de teléfono durante la noche: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y estatales de acuerdo a la información que yo proporciono; los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud y, si intencionalmente proporciono información falsa, mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios de alimentación y me pueden enjuiciar de conformidad con los códigos penales Federales y Estatales que apliquen..

Firme aquí X _____ Fecha: _____ Últimos cuatro dígitos del NSS: ***-**-** O No tengo un SSN

E. Identidad étnica (opcional). Marque una sola opción: Hispano o latino NO hispano o latino Hispano o latino NO hispano o latino

Identidad racial (opcional). Marque una sola opción: Asiático Blanco Negro o afroamericano Indioamericano o nativo de Alaska Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Otro

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA. NO ESCRIBA ABAJO.

Application Type (check one)
 Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____
 Household's Income Frequency – Circle ONE: W E2 2M M Y Multiple=Yearly
 Food Assistance or TAF or FDPPIR
 Foster Child

Application Status
 Approved..... Free OR Reduced Price
 Temporarily Approved... Free OR Reduced Price
 Denied..... Income over allowed amount Incomplete/missing:
 Notes: _____ Expires On: _____

Determining Official's Signature: _____ Approval/Dental Date: _____

Processor's Initials: _____ Confirming Official's Signature (ONLY for applications to be verified): _____ Review Date: _____

Sus hijos pueden reunir los requisitos para obtener comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar está dentro de los límites de esta tabla.

Normas federales de elegibilidad por ingresos					
Tamaño del hogar	Anuales	Mensuales	Dos veces al mes	Cada 2 semanas	Semanales
1	20,147	1,679	840	775	388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Cada persona adicional:	7,067	589	295	272	136

Ingresos provenientes de negocios propios: los empleados autónomos pueden utilizar los registros del impuesto sobre la renta del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año actual, a menos que los ingresos mensuales actuales proporcionen una medida más precisa. Indique los ingresos derivados de empresas comerciales menos los costos operativos incurridos en la generación de esos ingresos. Las deducciones por gastos personales como intereses sobre pagos de casa, gastos médicos y otras deducciones no comerciales similares no se permiten para reducir los ingresos brutos de la empresa. Los ingresos adicionales provenientes de otras clases de empleo se deben tratar por separado y aparte de los ingresos o las pérdidas generados por su empresa comercial. Por ejemplo, si operaba una empresa con pérdida neta, pero tenía otro empleo del que recibía un sueldo, los ingresos para la solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido serían únicamente los ingresos del sueldo. La pérdida de la empresa no se puede deducir de un ingreso positivo devengado en otro empleo. A los efectos de esta solicitud, no es posible informar un ingreso negativo de una empresa comercial cualquiera. El menor ingreso posible es cero (ningún ingreso). La información necesaria para llegar a un ingreso permisible proveniente de la operación de un negocio privado se puede obtener en su más reciente Formulario 1040: Declaración del impuesto sobre la renta individual de los EE. UU. Sume los montos que aparecen en las siguientes líneas:

LÍNEA 12 \$ Ingreso o (pérdida) de la empresa
 LÍNEA 13 \$ Ganancia o (pérdida) de capital
 LÍNEA 14 \$ Otras ganancias o (pérdidas)
 LÍNEA 17 \$ Alquileres de bienes inmuebles, regalías, asociaciones, sociedades tipo S, fideicomisos, etc.
 LÍNEA 18 \$ Ingreso o (pérdida) agrícola
 TOTAL \$ Declare los ingresos anuales en la Parte 1, Ingresos brutos antes de las deducciones.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: esta declaración explica cómo utilizaremos la información que nos proporcione. La Ley Nacional de Almuermos Escolares Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo(a). Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando presenta la solicitud en nombre de un hijo en hogar sustituto o cuando indica el número de caso de Asistencia alimenticia, TAF o FDPJR u otro identificador FDPJR de su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y alimentación para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con los auditores para las revisiones de los programas y con los funcionarios de cumplimiento de la ley para ayudarles a examinar las infracciones a las reglas del programa.

Declaración de no discriminación: esta declaración explica qué hacer si cree que lo han tratado injustamente. De conformidad con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe a esta institución la discriminación según la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (Voice). Las personas que tienen discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relievo (Federal Relay Service) al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.



Pittsburg Community Schools

Unified School District 250

Renuncia de confidencialidad

Estimado/a padre, madre o tutor:

No es necesario que envíe este formulario para obtener los beneficios del Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) a precio reducido o gratuito para sus hijos.

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la Información sobre la elegibilidad de sus hijos para los beneficios del Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) a precio reducido o gratuito se puede compartir con otros programas para los que sus hijos podrían calificar. Para los programas que se indican a continuación, debemos tener su autorización para compartir su información

- No, NO deseo que se comparta la información sobre la elegibilidad de mis hijos para los beneficios del Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) con ninguno de estos programas.**
- Sí, Sí deseo que los funcionarios escolares compartan la información sobre la elegibilidad de mis hijos para los beneficios del Child Nutrition Program (Programa de alimentación para niños) con los programas que marqué abajo.**
 - Costos de los libros gratis o a precio reducido
 - _____
 - _____
 - _____

Si marcó Sí en alguna o en todas las casillas anteriores, llene el formulario que aparece a continuación. Su información se compartirá únicamente con los programas que marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a:

Nombre del Funcionario escolar: Susanna Thyer Teléfono: 620-235-3100

Devuelva este formulario a la dirección abajo indicada antes del Lo mas pronto posible a Pittsburg Community Schools.

Dirección: PO Box 75, 510 Deill, Pittsburg, KS 66762.

De conformidad con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en Inglés), se prohíbe a esta Institución la discriminación según la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (Voice). Las personas que tienen discapacidades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevó (Federal Relay Service) al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

In accordance with Federal law and U.W. 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 USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer