

KUNA JT. SCHOOL DISTRICT NO. 3

1450 BOISE STREET
KUNA, IDAHO 83634
Teléfono: (208)922-1000
FAX: (208)922-5646
www.kunaschools.org

Jay W. Hummel
Supervisor del Distrito

Wendy Johnson
Administradora de Servicios Estudiantiles

IMPORTANTE INFORMACION PARA PADRES

- En CADA año escolar usted debe de llenar una solicitud para que su estudiante pueda recibir alimentos reducidos/gratuitos.
- La solicitud del año anterior sólo es valida por 30 días del presente año escolar.
- Durante el año escolar usted puede llenar una solicitud si es que su familia ha crecido, si sus ingresos han disminuido, o si han comenzado asistencia temporal.
- Todos los miembros del hogar y estudiantes (incluyendo niños de kinder) necesitan estar incluidos en la solicitud.
- Por favor escriba los nombres de los estudiantes de la manera en el que se han matriculado en la escuela
-

El Desayuno es Gratuito para todos los Estudiantes del Distrito Escolar de Kuna.

Escuelas Primarias

ALMUERZO: Precio Regular \$1.95
Reducido: \$.40

LECHE: ½ Pinta: \$.35

Kuna Middle School y Kuna High School

ALMUERZO: Precio Regular: \$2.20
Reducido: \$.40

LECHE: ½ Pinta: \$.35
1 Pinta: \$.70

De acuerdo a la ley Federal y el Departamento de Agricultura de los EE.UU (USDA, siglas en inglés) prohíben la discriminación en todos sus programas y actividades en la base de raza, color, origen nacional, género, edad, o impedimentos.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al tel (800) 795-3272 o (202) 720-5964 (TTY).

USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad de igualdad a todas las personas.

Sinceramente,

Valdeen Swanson
Supervisora de Nutrición en las Escuelas de Kuna
1450 Boise Street
Kuna ID 83634
208-922-1101

El Distrito Escolar de Kuna está comprometido en enseñar a cada estudiante a ser u aprendiz de por vida y un ciudadano responsable.

INSTRUCCIONES PARA APLICACIÓN DE COMIDAS REDUCIDAS DE PRECIO O GRATIS

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos, llene la solicitud siguiendo las instrucciones que corresponden a la situación de su hogar. Firme la solicitud y envíela a la escuela. Si necesita ayuda llame a :Tel. **208 922-1101**

PARTE 1: INFORMACION ESTUDIANTE: Todas las familias deben llenar esta parte.

- (1) Imprime los nombres de los niños para quienes presentan la solicitud.
- (2) Indique el grado y la escuela.

PARTE 2: GRUPO FAMILIAR RECIBIENDO CUPONES DE ALIMENTOS, PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE COMIDAS EN RESERVACIONES INDIAS (FDPIR), O ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS EN IDAHO (TAFI). Complete solamente esta parte y Parte 5.

- (1) Imprime los nombres de los niños para quienes presenta la solicitud e indique un número vigente de cupones de alimentos, FDPIR, o de caso de TAFI para cada niño. Numeros de tarjeta de EBT o Queso no son permitidos.
- (2) Firme la solicitud en la Parte 5. La firma deberá corresponder a un miembro adulto de la familia. **OMITA LA PARTE 4.**

PARTE 3: GRUPO FAMILIAR CON HIJOS DE CRIANZA: Llene esta parte y la Parte 5. Los hijos de crianza permanecen bajo la responsabilidad legal de una institución de asistencia social o de un tribunal.

- (1) Indique los ingresos para "uso personal" que recibe su hijo de crianza. Escriba "0" si el niño no recibe ningún ingreso para "uso personal". **OMITA LA PARTE 4.** No enumere ningún otro niño, familiar, ni ingresos.
- (2) Un padre de crianza o cualquier otro funcionario que represente al niño deberá firmar la solicitud en la PARTE 5. Un número de seguridad social no es requerido para padres de crianza.

****Ingresos para "uso personal" es dinero que otorga la oficina de asistencia social y asistencia social e identificado por categoría para el uso personal del niño, como ejemplo para ropa, matrículas escolares y estipendios, y todo otro importe que el niño reciba, tal como dinero de su familia y de sus trabajos de jornada completa o parcial.**

PARTE 4: OTROS GRUPOS FAMILIARES: Llenar esta parte y la Parte 5.

- (1) Escriba los nombres de todos los integrantes del grupo familiar que no estén enumerados en la Parte 1. Incluya su nombre, todos los demás niños con ingresos, su cónyuge, abuelos y demás personas que vivan en su hogar, ya sean parientes o no. Utilice otra hoja de papel si es necesario.
- (2) Indique el ingreso que cada integrante del grupo familiar recibió el mes pasado, sin las deducciones impositivas o cualquier otra deducción, y la procedencia de dichos ingresos, como por ejemplo salario, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si alguna de las cantidades recibidas el mes pasado fuera mayor o inferior que las habituales, indique el ingreso mensual normal de la persona.
- (3) Un integrante adulto del grupo familiar deberá firmar la solicitud e indicar su número de seguridad social en la PARTE 5.

* Para calcular el ingreso mensual: semanal x 4.33. Cada 2 semanas x 2.15. Dos veces al mes x 2.

PARTE 5: FIRMA y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: Todos los grupos familiares deben llenar esta parte.

- (1) Todas las solicitudes deben estar firmadas por un integrante adulto del grupo familiar.
- (2) La solicitud deberá incluir el número de seguridad social de la persona adulta que la firme. En caso que dicha persona no tenga un número de seguridad social, escriba "none" [ninguno] o algo que así lo indique. Si indicó un número de cupones de alimentos, FDPIR o TAFI por cada niño, o si presenta la solicitud en nombre de un hijo de crianza, no es necesario indicar un número de seguridad social.

PARTE 6: RAZA / GRUPO ETNICO: Llene esta sección correspondiente a la raza y el grupo étnico únicamente si desea hacerlo. No es obligatorio contestar a esta pregunta para poder recibir comidas gratis o a precios reducidos. Necesitamos esta información para asegurarnos que todos sean tratados justamente.

INGRESOS A DECLARAR

Remuneraciones Por Trabajo

Jornales/salarios/propinas
Subsidios de huelga
Compensación por desempleo
Ingresos netos de algún negocio o granja de su propiedad

Pensión/Jubilación/Seguridad Social

Pensiones / Jubilación
Ingresos por Seguridad Complementaria
Pagos a Veteranos
Seguridad social

Otros Ingresos

Beneficios por incapacidad
Efectivo proveniente de ahorros, intereses, dividendos
Ingresos de patrimonio sucesorio, fideicomisos, inversiones
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
Regalías netas, rentas vitalicias, alquileres netos
Cualquier otro ingreso

Asistencia Social/Ayuda Infantil/Ayuda Matrimonial

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pagos ayuda infantil/matrimonial

CARTA FAMILIAS – COMIDAS A PRECIO REDUCIDO O GRATIS

PROGRAMA NACIONAL DE ALMUERZOS/DESAYUNOS ESCOLARES

Estimado padre o Guardián:

El Distrito Escolar Kuna School District, sirve comidas todos los días del ciclo escolar. Los estudiantes de Elementary pueden comprar el almuerzo por \$1.95 (K-6) y el desayuno por \$0.00 (free). Estudiantes en Secundaria pueden comprar el almuerzo por \$2.20 (7-12). Familias presentando una aplicación aprobada pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. El Programa de Desayuno Escolar (SBP) es un programa de comidas asistido federalmente. Proporciona un balance nutritivo, precio reducido o gratis a 7.4 millones de niños cada día escolar en este país. El programa está establecido bajo Child Nutrition Act of 1966 para asegurar que todos los niños tienen acceso a un saludable desayuno en la escuela para promoverla disposición al aprendizaje y saludables hábitos comiendo.

Si usted está recibiendo cupones de alimentos, TAFI o FDPIR para sus hijos, ellos pueden obtener comidas gratis. Si el total de los ingresos de su hogar equivale o es inferior a las cantidades indicadas en el Cuadro de Ingresos que figura a continuación, sus hijos pueden obtener comida gratis o a precios reducidos por sus comidas. Sus hijos de crianza pueden obtener comidas gratis o a precios reducidos, independientemente de los ingresos que usted tenga. El precio reducido es \$0.40 por el almuerzo y \$0.00 (free) por el desayuno. Si su niño tiene una incapacidad que requiere sustitución de alimento, solicita por favor la forma "Declaración Médico Solicitar Comidas Especiales y/o Accomodations" del director de Comida escolar para su médico para completar.

PARA OBTENER COMIDA GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS PARA SUS HIJOS, USTED DEBE LLENAR UNA SOLICITUD Y ENVIARLA A LA ESCUELA. NO PODREMOS APROBAR NINGUNA SOLICITUD QUE NO ESTE COMPLETA.

COMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Si recibe cupones para comprar alimentos, TAFI* o FDPIR* para los niños que son objeto de la solicitud, ésta deberá incluir los nombres de los niños, el número de los cupones de alimentos o del caso de TAFI de cada niño y la firma de un familiar adulto. Si presenta la solicitud para un hijo crianza, la solicitud deberá incluir el nombre del niño, los ingresos para el uso personal del niño, (como ropa, tarifas escolares, y gastos; y todo aquel dinero que el niño pueda recibir, como dinero desde sus familiares y dinero desde su propio trabajo parte del día o completo y la firma de un adulto. Si usted no incluye un número de cupones de alimentos o de caso de TAFI o FDPIR para cada niño en la solicitud, la elegibilidad será basada en ingresos de casa. Esta solicitud deberá incluir los nombres de los niños, los nombres de todos los miembros de casa, la cantidad de ingresos que cada persona recibe, la frecuencia de los ingresos han recibido y la procedencia de estos ingresos. La firma de un miembro adulto de la casa y el número del seguro social de ese

adulto es requerida. Si el adulto no tiene un número del seguro social, marque la caja ninguno (none).

*TAFI – Asistencia Temporal para Familias en Idaho

*FDPIR – Programa de Distribución de Comidas en Reservaciones Indias

| CUADRO DE INGRESOS | | | |
|---|--------|---------|---------|
| Efectivo 1 de Julio, 2009 a 30 de Junio, 2010 | | | |
| Numero Familiar | Anual | Mensual | Semanal |
| 1 | 20,036 | 1,670 | 386 |
| 2 | 26,955 | 2,247 | 519 |
| 3 | 33,874 | 2,823 | 652 |
| 4 | 40,793 | 3,400 | 785 |
| 5 | 47,712 | 3,976 | 918 |
| 6 | 54,631 | 4,553 | 1,051 |
| 7 | 61,550 | 5,130 | 1,184 |
| 8 | 68,469 | 5,706 | 1,317 |
| Por cada miembro adicional, sumar | +6,919 | +577 | +134 |

Verificación: Es posible que en cualquier momento del ciclo escolar se verifiquen las condiciones o requisitos exigidos. Los funcionarios escolares pueden pedirle que envíe pruebas para demostrar que sus hijos reúnen los requisitos exigidos para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

Audiencia Imparcial: Si no está de acuerdo con la decisión que la escuela tome con respecto a su solicitud, o con los resultados de la verificación, puede dirigirse a los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia imparcial. Para ello debe llamar o escribir a:

Nombre Jay W. Hummel Superintendent Teléfono 208 922-1000 Dirección 1450 Boise St. Kuna, Idaho 83634

Carácter Confidencial: Esta aplicación puede utilizarse Federalmente o Estatalmente en programas iniciados educativos con USDA Comidas Nutrición Infantil.

Nueva Solicitud: Usted puede presentar una solicitud de comidas en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si en la actualidad no reúne los requisitos exigidos pero su situación cambia, por ejemplo si disminuyen sus ingresos familiares, si aumenta el número de integrantes de su familia, si usted queda cesante o recibe cupones de alimentos, TAFI o FDPIR para sus hijos, llene una solicitud entonces.

De acuerdo con la ley Federal y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, siglas en inglés) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades en las bases de raza, color, origen nacional, género, edad, impedimentos. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (voz y TTY).

USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

Nosotros les dejaremos saber cuando su aplicación es aprobada o denegada.

Atentamente,
Valdeen Swanson
Firma

FY 2009-2010 SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS UNA APLICACIÓN POR CADA CASA

SI CARTA DE CERTIFICACION DIRECTA (ESTAMPILLAS, TAFI O FDPİR) ES UTILIZADA – NO RELLENE ESTA FORMA

Para solicitar comidas gratis y a precios reducidos, llene esta solicitud, fírmela y envíela a la escuela. Favor de llamar al siguiente numero si necesita ayuda: 208 922-1101

| <p>1 INFORMACION SOBRE EL ALUMNO – Por favor imprima.</p> | <p>2 Escriba el número de CUPONES DE LIMENTOS o de caso de TAFI de cada niño, si corresponde. No Haga Parte 3 y 4, y complete Parte 5. Numeros de tarjetas de EBT o QUEST no son permitidas.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">NOMBRE</th> <th style="width: 10%;">GRADO</th> <th style="width: 20%;">NOMBRE DE ESCUELA</th> <th style="width: 20%;">NUMERO # ESTAMPILLA SI APLICABLE</th> <th style="width: 20%;">NUMERO # TAFI/FDPIR SI APLICABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6 _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> | NOMBRE | GRADO | NOMBRE DE ESCUELA | NUMERO # ESTAMPILLA SI APLICABLE | NUMERO # TAFI/FDPIR SI APLICABLE | 1 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 2 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 3 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 4 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 5 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 6 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| NOMBRE | GRADO | NOMBRE DE ESCUELA | NUMERO # ESTAMPILLA SI APLICABLE | NUMERO # TAFI/FDPIR SI APLICABLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 HIJO DE CRIANZA: Marque la caja si aplica para un hijo de crianza. Complete una hoja separada por cada hijo de crianza. Enumere los ingresos mensuales personales del niño. Escriba "0" si el niño no tiene ingresos para uso personal. \$ _____ No haga parte 4 y complete Parte 5. Un numero de seguridad social no es requerido para padres de crianza.

4 MIEMBROS DE CASA Y SUELDOS: Escriba a todos los miembros no escritos arriba. Si usted escribio un numero de estampillas, TAFI o FDPİR para cada niño, vaya directamente a parte 5.

| Escriba los nombres de todos los miembros familiares en su casa y el sueldo que reciben excepto los niños escritos arriba (excepto si tienen sueldo). Si un miembro en casa no tiene sueldo, necesita marcar la caja que indica "No Sueldo." | SUELDO DE TRABAJO ANTES DE DEDUCCIONES | | Welfare, Ayuda de Niño, Pension alimenticia | | Pensiones, Jubilacion, Seguridad Social | | Todos otros sueldos | | |
|--|--|----------|---|----------|---|----------|---------------------|----------|---------|
| | NO SUELDO | Cuantos? | Quando? | Cuantos? | Quando? | Cuantos? | Quando? | Cuantos? | Quando? |
| 1 _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 2 _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3 _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4 _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

5 FIRMA Y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: Certifico que la información precedente es cierta y correcta y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que el propósito de esta información es la adjudicación de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información incluida en esta solicitud; y que como consecuencia de alguna declaración errónea o falsa de la información puedo ser objeto de una acción judicial de acuerdo con las leyes Federales y Estatales correspondientes

MARQUE AQUÍ: Si los niños enumerados en la aplicación son nuevos en esta escuela o no recibieron comidas Gratis o reducidas de precio el año pasado.

NUMERO SEGURIDAD SOCIAL
 - -

Firma de un integrante adulto de la familiar _____
 Yo no tengo numero de Seguridad Social _____

Imprimir el nombre de la firma de arriba _____ N°. Telefono de casa _____ N°. Telefono trabajo _____
 N°. Calle/Apartamento _____ P. O. Box No. _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Fecha Firma _____

6 Identidad étnica y racial de los niños (opcional)
 Marque una o más de las identidades raciales:

ASIÁTICO
 BLANCO
 DE RAZA NEGRA O AFRO-AMERICANO
 INDÍGENA NORTEAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
 HAWAIANO O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO
 OTRO

Marque una identidad étnica:
 HISPANO LATINO
 NO HISPANO NI LATINO

DECLARACION DE LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD: Esto explica como usaremos la información que usted ha dado. La Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares establece que, a menos que suministre un numero de cupones de alimentos o de caso de TAFI o FDPİR para su hijo usted debe indicar el numero de seguridad social del integrante adulto del grupo familiar que firme la solicitud, o bien, indicar que dicha persona no cuenta con un numero de seguridad social. La provisión de un número de seguridad social no es obligatoria. Pero si no se proporciona un número de seguridad social o no se indica que el signatario no tiene tal numero, no se podrá aprobar la solicitud. Se puede utilizar el numero de seguridad social para identificar al integrante del grupo familiar cuando se gestione la verificación de la información que conste en la solicitud. Estos tramites de verificación podrán llevarse a cabo a través de revisiones de programas auditorias o investigaciones y pueden consistir en llamadas a los empleadores para determinar los ingresos, a las oficinas de cupones de alimentos o asistencia social para comprobar la validez de la certificación para recibir cupones de alimentos o beneficios de TAFI, o FDPİR a la oficina estatal de seguridad de empleo para determinar el importe de los beneficios recibidos y verificar la documentación entregada por los integrantes del grupo familiar como prueba de los ingresos recibidos. Estos tramites pueden ocasionar la pérdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se proporciona información falsa.

NO ESCRIBA EN ESTA PARTE DE ABAJO / DO NOT WRITE IN BOX BELOW - FOR SCHOOL USE ONLY / USO ESCOLAR UNICAMENTE

| | | |
|--|---|---|
| ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly X 52; Every 2 Weeks X 26; Twice a Month X 24; Monthly x 12 <input type="checkbox"/> FOOD STAMP/TAFI/FDPIR HOUSEHOLD <input type="checkbox"/> INCOME HOUSEHOLD: Total household monthly income: \$ _____ How often _____ Household size: _____ | | DENIED: <input type="checkbox"/> Income Over Allowed Amount <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing <input type="checkbox"/> Other |
| TEMPORARY APPROVAL FOR: <input type="checkbox"/> Free Meals, expires _____ <input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals, expires _____ | APPLICATION APPROVED FOR: <input type="checkbox"/> Free Meals <input type="checkbox"/> Reduced-Price Meals <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL DATE _____ | VERIFICATION RESULTS: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Ineligible (Reason) _____ Signature of confirming Official: _____ |
| Signature of Determining Official: <input checked="" type="checkbox"/> _____ | | Signature of Verifying Official: <input checked="" type="checkbox"/> _____ |
| Date Signed: _____ | Date Notice Sent: _____ | Date 1st Notification Sent: _____ |
| | | Date 2nd Notification Sent: _____ |