

# Orrville City Schools

2023-2024

## PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LAS COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. **Orrville City Schools** ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta **\$1.25 para la escuela Elementary** y el almuerzo cuesta **\$2.75. Para Middle y High School el desayuno cuesta \$1.50** y el almuerzo **\$3.00. Sus niños podrían tener derecho a solicitar comidas gratis o a precio reducido. El precio reducido es \$0.30 el desayuno y \$0.40 la comida.** Este paquete incluye una solicitud para comidas gratis o a precio reducido, e instrucciones detalladas. A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

### 1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños de familias que reciben prestaciones de **[State SNAP]**, **[the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)]** o **[State TANF]** tienen derecho a comidas gratis.
- Los niños en régimen de acogida bajo la responsabilidad legal de una agencia de acogida o tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños que participan en el programa Head Start de su colegio tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños que encajan en la definición de personas sin hogar, fugados o emigrantes tienen derecho a recibir comidas gratis.
- Los niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares están dentro de los límites de Federal Income Eligibility Guidelines (Guía federal de selección por ingresos). Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro o por debajo de los límites de esta lista.

LISTA FEDERAL DE SELECCIÓN POR INGRESOS del año escolar 2023-2024			
Tamaño de la familia	Anuales	Mensuales	Semanales
1	\$26,9739	\$2,248	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$1,799
Cada persona adicional:	\$9,509	\$793	\$183

2. ¿CÓMO SÉ SI MIS NIÑOS ENCAJAN EN LA DEFINICIÓN DE SIN HOGAR, EMIGRANTE O FUGADO? ¿Los miembros de su familia no tienen una dirección permanente? ¿Se alojan todos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal? ¿Su familia se traslada de forma estacional? ¿Alguno de los niños que viven con usted decidió dejar su familia anterior? Si cree que los niños de su familia encajan en estas descripciones y no le han informado de que recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico a **Brett Lanz @ 330.682.4816/orvl\_blanz@tccsa.net**.
3. ¿ES NECESARIO RELLENAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO? No. *Rellene una solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido para todos los estudiantes de su familia.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de incluir toda la información requerida. Devuelva la solicitud rellena a: **Deb Byrnes, Coordinator of Applications @ 815 N. Ella St., Orrville.**
4. ¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI HE RECIBIDO UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICHIENDO QUE HAN APROBADO QUE MIS NIÑOS RECIBAN COMIDAS GRATIS? No, pero lea la carta que ha recibido y siga las instrucciones. Si faltara algún niño de su hogar en la notificación de selección, póngase en contacto con **Deb Byrnes @ 330.682.9761** inmediatamente.

5. LA SOLICITUD DE MI NIÑO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE RELLENAR UNA NUEVA? Sí. La solicitud de su niño solo es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar hasta [date]. Debe enviar una nueva solicitud, a menos que el colegio le haya dicho que su niño tiene derecho este nuevo año escolar. Si no envía una nueva solicitud aprobada por el colegio o no se le ha notificado que su niño tiene derecho a recibir comidas gratis, se le cobrará el precio completo de la comida.
6. PARTIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS NIÑOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los niños de familias que participan en WIC pueden recibir comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud.
7. ¿SE COMPROBARÁ LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos familiares que ha declarado.
8. SI AHORA NO CUMPLO LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN, ¿PUEDO VOLVER A ENVIAR LA SOLICITUD MÁS ADELANTE? Sí, puede enviar la solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se quede sin empleo pueden tener derecho entonces a recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos familiares son inferiores al límite de ingresos.
9. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL COLEGIO SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios del colegio. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Deb Byrnes, 815 N. Ella St., 330.682.9761**
10. ¿PUEDO ENVIAR LA SOLICITUD AUNQUE ALGUIEN DE MI FAMILIA NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Usted, sus niños u otros miembros de la familia no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
11. ¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE IGUALES? Indique la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe 1000 \$ al mes, pero no trabajó unos días el mes pasado y solo recibió 900 \$, indique que recibe 1000 \$ por mes. Si normalmente hace horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo las hace de manera esporádica. Si ha perdido un trabajo o han reducido sus horas o salario, indique sus ingresos actuales.
12. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR? Los miembros de la familia pueden no recibir algunos de los tipos de ingresos que pedimos que declare en la solicitud, o puede que no reciban ingreso alguno. Cuando esto suceda, escriba un 0 en el campo. Sin embargo, si un campo de ingresos queda vacío o en blanco, también contará como cero. Fíjese bien cuando deje campos de ingresos en blanco porque supondremos que lo ha hecho con conocimiento de causa.
13. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿TENEMOS QUE DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE OTR FORMA? Su salario básico y bonos en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe prestaciones de valor en efectivo por vivir fuera de la base, alimentación o ropa, también se debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de Military Housing Privatization Initiative (Iniciativa de privatización de la vivienda militar), no incluya el subsidio para vivienda como ingresos. Cualquier pago de combate adicional resultante por despliegue también se excluye de los ingresos.
14. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere a los miembros adicionales de la familia en una hoja de papel separada y adjúntela en su solicitud. Póngase en contacto con **Deb Byrnes, 815 N. Ella St., Orrville, or call 330.682.9761** para recibir una segunda solicitud.
15. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para averiguar cómo solicitar [**State SNAP**] u otras prestaciones de ayuda, póngase en contacto con su oficina local de ayuda o llame al **877.852.0010**.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 330.683.9616. Y DEJE UN MENSAJE Y UN REPRESENTANTE DE LA ESCUELA LO LLAMARA'

Atentamente,

Deb Byrnes

## INSTRUCCIONES PARA APLICAR

*Un miembro del hogar es cualquier niño o adulto que vive con usted.*

### SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) O OHIO WORKS FIRST (OWF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el nivel de grado de cada niño.

Parte 2: Enumere el número de caso de 7 dígitos para cualquier miembro del hogar (incluidos los adultos) que reciba beneficios de SNAP u OWF.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Omite esta parte.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el niño (s) califica para una exención de la tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **NO** son necesarios.

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

### SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP U OWF Y SI ALGÚN NIÑO EN SU HOGAR NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O SE FUGIÓ, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el nivel de grado escolar para cada niño.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Si algún niño que está solicitando no tiene hogar, es migrante o se fugió, marque la casilla correspondiente y llame a Brett Lanz al @330-682-9761 o envíe un correo electrónico [orvl\\_blanz@tccsa.net](mailto:orvl_blanz@tccsa.net). Si no es así, omite esta parte.

Parte 4: Complete solo si un niño en su casano es elegible bajo la Parte 3. Consulte las instrucciones para obtener más información.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el niño (s) califica para una exención de la tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **NO** son necesarios si **no** completó en la parte 4.

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

### SI SOLICITA UN NIÑO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los niños del hogar son niños adoptivos:

Parte 1: Enumere a todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela y el nivel de grado de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Omite esta parte.

Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que la solicitud sea revisada por funcionarios escolares para determinar si el niño (s) califica para una exención de la tarifa de instrucción escolar.

Parte 6: Firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de un Número de Seguro Social **no** son necesarios.

Parte 7: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

Si algunos niños en el hogar son niños de crianza:

Parte 1: Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el nivel de grado escolar para cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla si el niño es un niño de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omite esta parte.

Parte 3: Si algún niño que está solicitando no tiene hogar, es migrante o es un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Brett Lanz @ 330-682-9761. Si no es así, omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- Cuadro 1–Nombre: Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.

- **Recuadro 2 – Ingresos brutos y ingresos percibidos de diez años:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla correspondiente para anotar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para las ganancias, enumere el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada *antes de* impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los talones de pago. Para otros ingresos, enumere la cantidad y marque la casilla para anotar con qué frecuencia cada persona recibió **asistencia de** asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad. En *Todos los demás ingresos*, enumere la compensación del trabajador, los beneficios de desempleo o huelga, las contribuciones regulares de las personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia colocadora. Para SOLO los trabajadores por cuenta propia, informe los ingresos después de los gastos en *Ganancias del trabajo*. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

**Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el niño (s) califica para una exención de la tarifa de instrucción escolar.**

**Parte 6: El miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).**

**Parte 7:** Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

#### **TODOS LOS DEMÁS HOGARES (incluidos los hogares de WIC) SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Haga una lista de todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el nivel de grado de cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, sin ingresos, debe marcar la "Casilla Sin ingresos".

**Parte 2:** Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omite esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño que está solicitando no tiene hogar, es migrante o un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Brett Lanz @ 330-682-9761. Si no es así, omite esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para informar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Recuadro 2 – Ingresos brutos y ingresos brutos percibidos:** Para cada miembro del hogar, enumere cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla para anotar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para las ganancias, asegúrese de enumerar el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada *antes de* impuestos y otras deducciones y se puede encontrar en los talones de pago. Para otros ingresos, enumere la cantidad y marque la casilla para anotar con qué frecuencia cada persona recibió **asistencia de** asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad. En *Todos los demás ingresos*, enumere la compensación del trabajador, los beneficios de desempleo o huelga, las contribuciones regulares de las personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal y pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia colocadora. Para SOLO los trabajadores por cuenta propia, informe los ingresos después de los gastos en *Ganancias del trabajo*. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

**Parte 5: Responda sí o no y firme su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si el niño (s) califica para una exención de la tarifa de instrucción escolar.**

**Parte 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y enumerar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).**

**Parte 7:** Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

# Orrville City Schools

2023-2024

## SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

**PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR**

Nombres de <u>todos</u> los miembros de la unidad familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un hijo de crianza (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal)  * Si todos los niños indicados a continuación son hijos de crianza, pase directamente a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingresos
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE 2. BENEFICIOS**

SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS [SNAP], [FDPIR] O [TANF Cash Assistance], ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

PARTE 3. SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTÁ DESAMPARADO O EN FUGA, O ES MIGRANTE, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A LA ESCUELA DE SUS HIJOS.  
DESAMPARADO  MIGRANTE  EN FUGA

**PARTE 4. INGRESOS TOTALES BRUTOS DE LA UNIDAD FAMILIAR. Tiene que decimos cuánto reciben en ingresos y con qué frecuencia.**

1. NOMBRE (Liste únicamente los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIERON			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$199.99/semanal	\$149.99/cada dos semanas	\$99.99/mensual	\$50.00/mensual
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

**WAIVER**

Parte 5. EXENCIÓN DE CUOTAS DE INSTRUCCIÓN ESCOLAR CONSENTIMIENTO DE ADULTOS (cuotas gratis): Su(s) hijo(s) puede(n) calificar para una exención de sus cuotas de instrucción escolar. Se requiere su permiso para compartir la información de su solicitud de comida gratis/reducida con los funcionarios de la escuela para determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para una exención de cuotas. Responder a esta pregunta no cambiará si sus hijos recibirán comidas gratuitas o a precio reducido.

Por favor marque una casilla:

**Sí**, acepto que mi solicitud de comida se utilice para determinar si mi(s) hijo(s) califica para una exención de cuotas (ósea cuotas gratis).

**No**, no estoy de acuerdo en que mi solicitud de comida se utilice para determinar si mi(s) hijo(s) califica para una exención de cuotas.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

**PARTE 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)**

Uno de los miembros adultos de la unidad familiar tiene que firmar la solicitud. Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo número de Seguro Social". (Vea la Declaración al dorso de esta página.)

*Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declaré todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que yo declare. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (chequear) la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mí se me podría procesar judicialmente.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \*\*\*-\*\*-\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

**PARTE 6. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

*Elija un grupo étnico:*

- Hispano/Latino  
 No hispano/Latino

*Elija una o más (independientemente del grupo étnico):*

- Asiático       Amerindio o nativo de Alaska       Negro o afroamericano  
 Blanco       Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

**NO LLENE ESTA PARTE. ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.**

**Do not complete this section. Intended for school use only.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week,  Every 2 Weeks,  Twice per Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_


Determining/Approval Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Follow-up Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If selected for Verification, Date Verification Notice Sent: \_\_\_\_\_ Response Date: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Notice Sent: \_\_\_\_\_ Results Sent: \_\_\_\_\_

Verification Result: No Change \_\_\_\_\_ Free to Reduced Price \_\_\_\_\_ Free to Paid \_\_\_\_\_ Reduced Price to Free \_\_\_\_\_ Reduced Price to Paid \_\_\_\_\_



Prevención,  
tratamiento y  
servicios de apoyo  
para todos los bebés,  
niños y adultos  
menores de 21 años  
de edad

# Healthchek

Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos Tempranos

- Exámenes de control de niño sano
- Vacunas
- Prueba de plomo
- Exámenes auditivos, dentales y de la vista
- Evaluaciones de salud y desarrollo mental
- Servicios de seguimiento
- Servicios de apoyo, como transporte y remisiones a otros servicios sociales
- ¡Y más!



Llame al:

Coordinador de Healthchek de su condado

---

Línea Directa para el Consumidor de Medicaid  
Ohio (Ohio Medicaid Consumer Hotline)

**(800) 324-8680**



Visite:

[medicaid.ohio.gov/healthchek](http://medicaid.ohio.gov/healthchek)

**Ohio**

Department of  
Medicaid

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que nos brinde. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No está obligado a proporcionar información, pero si no se proporciona información, la agencia estatal no puede aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas oa precio reducido. 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 una solicitud en nombre de un niño de crianza o incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Ohio Works First (OWF) u otro identificador para su hijo o cuando indicar que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis oa precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

#### Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

1. correo:

Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida Independencia, SW  
Washington, DC 20250-9410; o  
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o  
3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.**