

## Orrville City Schools 2022 - 2023

### 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 **\$1.00 para la escuela Elementary** y el almuerzo cuesta **\$2.50. Para Middle y High School el desayuno cuesta \$1.25 y el almuerzo \$2.75. 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.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES 2022-2023			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	\$25,142	\$2,096	\$484
2	33,874	2,823	652
3	42,606	3,551	820
4	51,338	4,279	988
5	60,070	5,006	1,156
6	68,802	5,734	1,324
7	77,534	6,462	1,492
8	86,266	7,189	1,659
Each Additional Person:	8,732	728	168

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 DICIENDO 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 OTRA 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

## 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 decirnos 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:

**Si**, 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)**

<i>Elija un grupo étnico:</i>	<i>Elija una o más (independientemente del grupo étnico):</i>
<input type="radio"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="radio"/> No hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_

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 o a 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 o a 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.**



Solicite atención médica:

- en línea en [Benefits.Ohio.Gov](https://Benefits.Ohio.Gov),
- por teléfono al (800) 324-8680 o
- en persona, en el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado.

Encuentre su oficina local en [JFS.Ohio.Gov/County](https://JFS.Ohio.Gov/County).

Llame a la línea directa del consumidor de Medicaid al (800) 324-8680 para obtener ayuda para completar una solicitud o hacer preguntas.

Hay información adicional disponible en [Medicaid.Ohio.Gov](https://Medicaid.Ohio.Gov).

**Ohio** | Department of  
Medicaid

## Healthchek

Healthchek es el beneficio de detección temprana y periódica, de diagnóstico y tratamiento (EPSDT) de Ohio.

Las personas menores de 21 años que están cubiertas por Medicaid de Ohio pueden recibir importantes servicios de medicina preventiva a través de Healthchek, entre los que se incluyen:

- exámenes físicos,
- exámenes de audición, visión y dentales,
- exámenes nutricionales,
- exámenes de salud mental,
- exámenes de desarrollo,
- vacunas y
- exámenes de plomo en la sangre

Los bebés deben tener al menos 8 exámenes de Healthchek antes del primer año de vida. A los niños se les deben realizar exámenes de Healthchek a los 15, 18, 24 y 30 meses. Se recomienda un examen por año para niños mayores de 30 meses.

Cualquier médico que acepte Medicaid puede proporcionar servicios de Healthchek. Solicítele a su médico que le realice a su hijo un examen de Healthchek.

Los servicios de apoyo de Healthchek también están disponibles para ayudarlo a concertar citas, organizar el transporte y remisiones a servicios comunitarios para obtener alimentos, ropa y otras necesidades.

Para obtener más información sobre los servicios de Healthchek:

- comuníquese con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado:
- acceda a [Medicaid.Ohio.Gov/Healthchek](https://Medicaid.Ohio.Gov/Healthchek) en línea,
- comuníquese con su plan de atención administrada de Medicaid o
- llame a la línea directa del consumidor de Medicaid de Ohio al (800) 324-8680.