

Orrville City Schools

2020-2021

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.

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART FOR SCHOOL YEAR 2020-2021			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	\$23,606	\$1,968	\$454
2	31,894	2,658	614
3	40,182	3,349	773
4	48,470	4,040	933
5	56,758	4,730	1,092
6	65,046	5,421	1,251
7	73,334	6,112	1,411
8	81,622	6,802	1,570
Each additional person:	8,288	691	160

- 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 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 LLAMARÁ**

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>	<u>\$199.99/semanal</u>	<u>\$149.99/cada dos semanas</u>	<u>\$99.99/mensual</u>	<u>\$50.00/mensual</u>
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____
	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____	\$___/_____

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.

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 A Month Month Year; Household size: _____

Categorical Eligibility:

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

2020-2021 FEE WAIVER

Escuelas de la ciudad de Orrville - Exención de cuotas escolares

Estimado padre:

Si actualmente está recibiendo SNAP (anteriormente conocido como el programa Food Stamp), Medicaid o fondos de Ohio Works First (OWF) o del Programa de Asistencia para Discapacitados de Ohio, usted es elegible para una exención por cualquier cargo asociado con la participación en un curso de estudio. (La exención no se aplica a las tasas cobradas por participar en actividades co-curriculares o extracurriculares.)

Si cree que es elegible para esta exención, complete este formulario y devuélvalo de inmediato a la oficina del Director. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Tesorero de las Escuelas de Orrville al 330-682-5811.

Yo, _____ (por favor enumere el nombre y la escuela de cada niño)

(Nombre) (Escuela)

(Nombre) (Escuela)

(Nombre) (Escuela)

(Nombre) (Escuela)

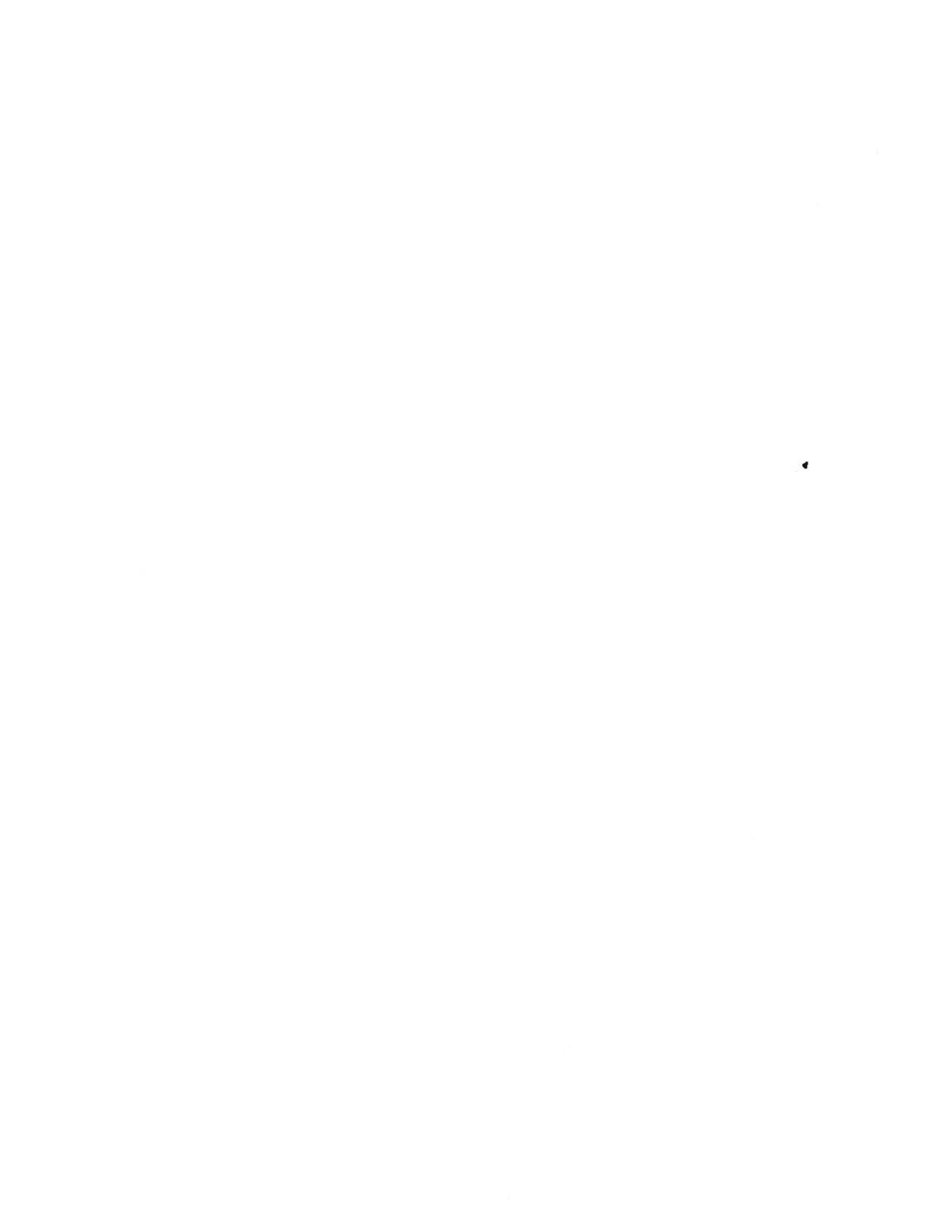
Se requiere su permiso para compartir la información de su solicitud de comida con los funcionarios de la escuela para determinar si su(s) hijo(s) calificado(s) para una exención de tarifa. Responder a esta pregunta no cambiará si sus hijos recibirán comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor, marque uno.

_____ Sí, acepto que se use mi aplicación de comidas para determinar si mi(s) hijo(s) califica para una tarifa Renducida.

_____ No, no estoy de acuerdo en que mi aplicación de comidas se use para determinar si mi(s) hijo(s) alifica para un exención cuotas.

Firma del padre o tutor

Fecha



Healthy Start & Healthy Families

Does your child qualify for the School Meals Program?
If so, your family may qualify for free health coverage!



Healthy Start & Healthy Families

Healthy Start offers free health care coverage
for kids (birth to age 19) and pregnant women.

Healthy Families offers free health care coverage for the
entire family - parents AND kids.

Healthy Start & Healthy Families Covers:

Doctor Visits
Hospital Care
Immunizations
Substance Abuse

Prescriptions
Vision Services
Dental Care
Mental Health

And Much More!

For more information or an application, call:

1-800-324-8680 (a free call!)

TDD 1-800-292-3572

Monday - Friday 7 am to 8 pm

Saturday - Sunday 12 pm to 5 pm



*Your family's size and income determines if you and your family are eligible for Healthy Start or Healthy Families.
Healthy Start & Healthy Families are Medicaid Programs administered by The Ohio Department of Job & Family Services.*

