

2020–21 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Distrito Escolar de Bellevue

Para un procesamiento más rápido, considere aplicar en línea: www.bsd405.org/freeandreduced

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Distrito Escolar De Bellevue • Servicios de Nutrición • 12037 NE 5th St • Bellevue, WA • 98005

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una “X” en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “X” el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Ingreso				Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria	Ingreso				Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI)	Ingreso				Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Ingreso			
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:

(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: INSERT FULL APPLICATION PROCESSING ADDRESS HERE

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales:

Indio americano o Nativo de Alaska

Asiático

Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o isleño del pacífico

Blanco

Marque una identidad:

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

7. Otros beneficios - Por favor marque la casilla que se encuentra frente a los programas con los que desea compartir el estado de las comidas gratuitas o de precio reducido de su hijo (a) para calificar para una reducción en las tarifas o servicios:

Centro de Conexión Familiar y Servicios Humanos: Conecta a las familias con información sobre servicios y recursos de apoyo en la comunidad, tales como programas de mochilas, útiles escolares, vestimenta, alimentos y zapatos.

Programa de Exención de Tarifas: Ofrece tarifas con descuento para artículos escolares elegibles, como cuotas de membresía de ASB y clubes, tarifas deportivas, costos de transporte para clubes, tarifas y suministros de cursos, tarifas de exámenes IB y AP, transcripciones y escuela de verano.

Enfermería /Servicios de salud: Conecte a las familias con los cupones para la visión.

Al firmar a continuación, permito que la información contenida en esta solicitud se comparta con los otros programas que he indicado

Firma del Padre / Tutor

Fecha

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#) - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

Declaración de No Discriminación del Distrito Escolar de Bellevue: El Distrito Escolar de Bellevue no discrimina en ningún programa o actividad en base a sexo, raza, credo, religión, color, origen nacional, edad, estado de veterano o militar, orientación sexual, expresión de género o identidad, discapacidad, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio y proporciona igual acceso a grupos juveniles designados. Los siguientes empleados han sido designados para manejar preguntas y quejas de supuesta discriminación:

Coordinador del Título IX: Jeff Lowell, (425) 456-4010 o lowellj@bsd405.org;

Coordinador de la Sección 504 / ADA: Heather Edlund, (425) 456-4156 o edlundh@bsd405.org;

Coordinadora de Cumplimiento de Derechos Civiles / No Discriminación Alexa Allman, (425) 456-4040 o allmana@bsd405.org.

Dirección postal para los tres: 12111 NE 1st Street, Bellevue, WA 98005.



2020-21 Consentimiento para compartir la información de elegibilidad de Comidas escolares con otros programas

Si su estudiante (s) califica para comidas gratis o de precio reducido, pueden ser elegibles para recibir servicios adicionales o tarifas reducidas para participar en otros programas de escuela. **Los padres o tutores deben dar su consentimiento anualmente para compartir información de elegibilidad de comidas escolares con otros funcionarios de la escuela para las cuales los estudiantes califican.**

1er paso: Marque la casilla (s) de los programas con los que acepta compartir información de elegibilidad para comidas escolares.

Marcar para participar	Programa Escolar	Descripción del programa:
<input type="checkbox"/>	Centro de Conexión Familiar y Servicios Humanos	Conecta a las familias con información sobre servicios y recursos de apoyo en la comunidad, tales como programas de mochilas, útiles escolares, vestimenta, alimentos y zapatos.
<input type="checkbox"/>	Programa de Exención de Tarifas	Ofrece tarifas con descuento para artículos escolares elegibles, como cuotas de membresía de ASB, costos de transporte para clubes, tarifas deportivas (la asignación de uniforme no debe exceder los \$ 350 por deporte), tarifas y suministros del curso, tarifas de exámenes IB y AP, transcripciones y matrícula de escuela de verano. Las tarifas asociadas con los anuarios, estacionamiento, multas y excursiones opcionales no son elegibles para reducciones de tarifas bajo este programa. Al comprar los artículos antes ya mencionados a través del sitio de pago en línea, o en persona en la oficina de la escuela, el precio se reducirá automáticamente, <u>una vez</u> que los Servicios de Nutrición hayan procesado este formulario. El procesamiento puede demorar de 2 a 3 días.
<input type="checkbox"/>	Enfermería /Servicios de salud	Conecta a las familias con los cupones para la visión.

2do Paso: Escribe el nombre del Estudiante (s):	Número de Identificación	Escuela	Grado

Mi firma a continuación autoriza a los Servicios de Nutrición a revelar el estado de elegibilidad de mi hijo (a) para recibir comidas gratuitas o de precio reducido para la administración de los programas descritos anteriormente. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta declaración de consentimiento. Si elijo no firmar, mi estudiante seguirá siendo elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. La información de elegibilidad se almacenará en un lugar donde no esté disponible para otros padres, estudiantes o personal.

3er Paso: Escriba y firme su nombre

Escriba Nombre del Padre o Tutor Legal	Fecha
Firma del Padre o Tutor Legal	Teléfono:
Correo Electrónico:	

4to Paso: Devolver Formulario a:
 Servicios de Nutrición
 12037 NE 5th Street
 Bellevue, WA 98005
 Fax: 425-456-4586
 Correo Electrónico: nutrition@bsd405.org