



Estimado Padre/Madre/Tutor:

Para poder aprender, los niños necesitan alimentarse bien. **Franklin Academy** ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta **\$2.00** y el almuerzo cuesta **\$3.00**. Es posible que sus hijos califiquen para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. El precio reducido es **\$3.00** por el desayuno y **\$4.00** por el almuerzo. A continuación se presentan algunas preguntas y respuestas para ayudar en el proceso de determinar la elegibilidad de su hijo/a.

1. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO? No. Cuando llene la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, *use la misma Solicitud para todos los estudiantes que viven en su unidad familiar*. No podemos aprobar ninguna solicitud que no esté completamente llena. Por eso, asegúrese de dar toda la información solicitada. Entregue la solicitud llena a: **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525)**.
2. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS GRATUITAS? Todos los niños que vivan en unidades familiares que reciben beneficios de los programas **[State SNAP]**, **[the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)]** o **[State TANF]** pueden recibir comidas gratuitas, independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos de su unidad familiar están dentro de los límites en la tabla federal de elegibilidad de ingresos.



Si ha recibido UN NOTIFICACION DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para comidas gratuitas, **no llene** una solicitud. Pero si notifique a la escuela si algún niño que vive en su hogar no fue incluido en el **aviso de certificación directa** que recibió.

3. ¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los hijos de crianza que están bajo la tutela legal de una agencia de cuidado en hogares de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas.
4. ¿PUEDEN LOS NIÑOS SIN HOGAR, EN FUGA Y MIGRANTES RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Sí. Los niños que cumplen con la definición sin hogar, en fuga o migrantes califican para recibir comidas gratuitas. Si usted cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o envíe un correo electrónico a **Brian Bascome, Guidance Counselor, bascome.brian@franklin-academy.org, 561-348-2525** para ver si califican.
5. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIOS REDUCIDOS? Sus hijos pueden recibir comidas a precios reducidos si los ingresos de su unidad familiar están dentro de los límites establecidos en la tabla federal de elegibilidad según los ingresos que se incluye en la solicitud.
6. ¿TENGO QUE LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE DICE QUE MIS HIJOS HAN SIDO APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? No, pero por favor lea detenidamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **561-348-2525** si tiene alguna pregunta.
7. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿TENGO QUE LLENAR OTRA? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Tiene que enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo califica para el nuevo año escolar.
8. RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATUITAS? Los niños que viven en unidades familiares que participan en el programa WIC tal vez sean elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Llene la solicitud.
9. SE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN QUE YO DÉ? Si. También posiblemente le pidamos que envíe prueba por escrito.

10. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO SOLICITAR MÁS ADELANTE? Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños que tienen un padre, madre o tutor que queda desempleado tal vez pasen a ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos de la unidad familiar caen por debajo del límite de ingresos.
11. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Le conviene hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **Dr. Valerie Paine at Franklin Academy, 561-348-2525 [paine.valerie@franklin-academy.org](mailto:paine.valerie@franklin-academy.org)**
12. ¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE UN MIEMBRO DE MI UNIDAD FAMILIAR NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE? Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos.
13. ¿A QUIÉNES DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR? Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su unidad familiar, aunque sean o no sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos), que compartan los ingresos y los gastos. Tiene que incluirse usted mismo y a todos los niños que vivan con usted. Si vive con otras personas que son independientes desde el punto de vista económico (por ejemplo, personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos y que pagan una porción de los gastos) no las incluya.
14. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON UNIFORMES? Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aún que gana \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
15. ESTAMOS EN LAS FUERZAS MILITARES, ¿INCLUIMOS NUESTRA SUBVENCIÓN DE VIVIENDA COMO INGRESOS? Si recibe una subvención para vivir fuera de la base militar, la tiene que incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative, no incluya la subvención de vivienda como ingreso.
16. MI CÓNYUGE ESTÁ EN UN DESPLIEGUE EN LA ZONA DE COMBATE. ¿CUENTA SU PAGA DE COMBATE COMO INGRESO? No. Si recibe la paga de combate por encima de la paga básica debido al despliegue militar y no la recibía antes, entonces no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la escuela para recibir más información.
17. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR? Para ver cómo solicitar beneficios del programa **[FL SNAP]** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al **561-348-2525**.

Sinceramente

**Dr. Valerie Paine**  
**Principal**

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

*UN MIEMBRO DEL HOGAR ES UN NIÑO O ADULTO QUE VIVA CON USTED*

SI SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE **FLORIDA SNAP, FLORIDA TANF, O EL PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR)**], SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Part 1:** Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce).

**Part 2:** Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios de: **Florida SNAP, Florida TANF, o FDPIR**

**Part 3:** Salte esta parte.

**Part 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios

**Part 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525)**.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, Florida TANF, O FDPIR** Y SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ESTAN SIN HOGAR, ES EMIGRANTE, ABANDONADO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Part 1:** Incluya los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de los niños (si lo conoce). Si algún niño para el que esta aplicando es sin hogar, emigrante, Head Start o fugitivo marque el casillero correspondiente y llame a **Ashley Rios at Franklin Academy**.

**Part 2:** Salte esta parte.

**Part 3:** Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

**Part 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no tuvo que completar la Parte 3

**Part 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525)**.

SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN HIJO DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Si todos los niños en la casa son hijos de crianza:**

**Part 1:** Incluya los nombres de todos los hijos de crianza y el número de estudiante de cada niño. Marque la casilla que indica que el niño es un hijo de crianza

**Part 2:** Salte esta parte.

**Part 3:** Salte esta parte.

**Part 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

**Part 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525)**.

**Si alguno de los niños en la casa son hijos de crianza:**

**Part 1:** Incluya todos los nombres de los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos deben marcar la casilla "**Sin Ingresos**" Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, emigrante o Head Start, marque la casilla correspondiente y si usted tiene preguntas llame a la escuela.

**Part 2:** Salte esta parte.

**Part 3:** Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible en la Parte 1. Vea las instrucciones para todas las otras familias.

**Part 4:** Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero).

**Part 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525)**.

**Part 1:** Incluya los nombres de todos los miembros del hogar y el número de estudiante de cada niño (si lo conoce). Para cualquier persona, incluyendo a los niños que no tienen ingresos, debe marcar la casilla “Sin Ingresos” Marque la casilla para cada hijo de crianza. Si algún niño para el que está aplicando es sin hogar, Head Start, un hijo de crianza o fugitivo marque la casilla correspondiente y llame a la escuela o a un Oficial correspondiente.

**Part 2:** Salte esta parte.

**Part 3:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o del mes pasado

- **Sección 1–Nombre:** Escriba los nombres de todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Sección 2 –**
  - **Ingresos Brutos y con qué frecuencia lo reciben:** Para cada miembro del hogar que se incluye en la parte 1, indicar que tipo de ingreso recibe durante el mes. y con cuanta frecuencia recibe el dinero: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual.
  - **Ingresos:** Asegúrese de anotar el **Ingreso Bruto**, no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrar esta información en el comprobante de pago, o su jefe le puede decir.
  - **Ingresos recibidos por asistencia social, manutención de los hijos o pensión alimenticia:** Escriba la cantidad que cada persona recibe
  - **Ingresos recibidos por concepto de Jubilación, Seguro Social, Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) o beneficios por discapacidad :** Escriba la cantidad que cada persona recibe.
  - **Otros Ingresos:** por Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, la Educación Federal o pagos recibidos por la familia de la agencia de colocación. Solo los trabajadores autónomos bajo ganancias de trabajo declara los ingresos después de gastos. Esto es para su negocio de granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estas subvenciones como ingresos.
  -
- Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the limits on this chart:

FEDERAL ELIGIBILITY INCOME CHART For School Year <b>2015-2016</b>			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	21,775	1,815	419
2	29,471	2,456	567
3	37,167	3,098	715
4	44,863	3,739	863
5	52,559	4,380	1011
6	60,255	5,022	1,159
7	67,951	5,663	1,307
8	75,647	6,304	1,455
Each additional person:	+7,696	+642	+148

**Part 4:** Un adulto debe firmar la solicitud y escribir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (o marque la casilla si no tiene numero) La información contenida en esta aplicación puede ser compartida con Florida KidCare y otros programas Federal/Local para que su hijo(a) pueda calificar, sin embargo se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.

**Part 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Devuelva la solicitud a **TINA HUELSMAN AT FRANKLIN ACADEMY (561-348-2525).**

2015-2016

**SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO**

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			Marque en la casilla de abajo si el niño es adoptado, sin hogar, emigrante, en fuga o Head Start. Si cada niño que asiste a la escuela es adoptado, sin hogar, en fuga, emigrante o Head Start, pase a parte 4 y firme este formulario					Marque la casilla si no tiene ingresos
Nombres de todos los miembros del hogar. (Nombre, Inicial del Segundo nombre, Apellido).	Número de Estudiante	Nombre de la Escuela	Crianza	Sin Hogar	Emigrante	En fuga	Head Start	

**PARTE 2. BENEFICIOS**  
 SI ALGUN MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **Florida SNAP, FDPIR** OR **Florida TANF Assistance**, PROPORCIONAR EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTOS BENEFICIOS Y PASE A LA PARTE 4. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PASE A LA PARTE 3.  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PROGRAMA \_\_\_\_\_ NUMERO DE CASO: (NO NUMERO DE TARJETA) \_\_\_\_\_

**PARTE 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES).** Indique los nombre de las personas que reciben ingresos, cuanto reciben y con qué frecuencia lo recibe (en la misma línea) REGISTRE CADA INGRESO UNA SOLA VEZ.

1. NOMBRE (ESCRIBA LOS NOMBRES SOLO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUE FRECUENCIA LO RECIBEN																				
	Ganancia de trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Asistencia Social, Sustento de Menores, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Seguro Social, SSI, VA, Beneficios de Jubilación	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (como beneficios por desempleo)	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	
(Ejemplo) Juan Pérez	\$200	X				\$150		X			\$0					\$0					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					
	\$					\$					\$					\$					

**PARTE 4. FIRMA Y LOS CUATRO ULTIMOS DIGITOS DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL(FIRMA DE UN ADULTO)**

Un miembro Adulto del Hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la aplicación debe escribir los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social, o marcar el casillero "No tengo número de Seguro Social". (Ver Declaración en la parte posterior de la página)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy, Entiendo que los Oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comida y yo podría ser procesada legalmente. entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo/a puede ser compartida según lo permitido por la ley.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

La información contenida en esta aplicación puede ser compartida con Florida KidCare y otros programas Federales/Local para que sun hijo(a) pueda calificar, sin embargo se requiere su permiso. Esto no afectará su elegibilidad para las comidas escolares. Que los funcionarios escolares compartan la información en esta solicitud con otros programas? Marque la casilla correspondiente.  No  Yes

**PARTE 5. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

<i>Elija una Etnia:</i> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<i>Elija una o más (independientemente del grupo Étnico):</i> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
--	--

**\*\*\*\*\*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 \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

Reason for denial or withdrawal: \_\_\_\_\_       **Check if Error Prone Application**

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

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

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

Sponsor/Household Contact Log:

Date of Contact	Staff Initials	Name of Household Member Contacted	Detailed Information Received

*La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Programa (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas Familias Necesitadas ( FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.*

*El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, la represalia, y donde, creencias políticas aplicables, estado civil, familiar o situación de los padres, la orientación sexual o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la protección de información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases de prohibición se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo..*

*Si usted desea presentar una reclamación sobre el programa de derechos civiles de la discriminación, complete el Formulario de Queja USDA Programa de Discriminación, que se encuentra en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866 ) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, EE.UU. por fax al (202) 690-7442 o al correo electrónico [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).*

*Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service 800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).*

*USDA es un proveedor de igualdad de oportunidades.*