Preguntas frecuentes sobre las comidas escolares gratuitas y a precio reducido

Estimado padre, madre o tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Chardon Local Schools ofrece comidas saludables cada día escolar. El desayuno cuesta $2.00-$2.50 y el almuerzo cuesta $3.50-$4.00. **Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.** El precio reducido es Gratis para el desayuno y Gratis para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud de beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido e instrucciones detalladas. A continuación encontrará algunas preguntas y respuestas comunes que le ayudarán con el proceso de solicitud.

1. **¿Quién puede recibir comidas gratuitas o a precio reducido?** Todos los niños de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF); los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o de un tribunal; los niños que participan en el programa Head Start de su escuela; y los niños que cumplen la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes son elegibles para comidas gratuitas. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar se encuentran dentro de los límites de las pautas federales de elegibilidad por ingresos.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2026-2027			
Tamaño del hogar	**Anual**	**Mensual**	**Semanal**
1	$29,526	$2,461	$568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	927
4	61,050	5,088	1,175
5	71,558	5,964	1,377
6	82,066	6,839	1,579
7	92,574	7,715	1,781
8	103,082	8,591	1,983
Cada persona adicional:	10,508	876	203

2. **¿Cómo sé si mis hijos califican como personas sin hogar, migrantes o fugitivos?** Si los miembros de su hogar no tienen una dirección permanente; están alojados juntos en un refugio, hotel u otro arreglo de vivienda temporal; se mudan de forma estacional; o si viven con usted niños que han decidido dejar a su familia u hogar anterior, es posible que los niños califiquen como personas sin hogar, migrantes o fugitivos. Si no se le ha informado que sus hijos recibirán comidas gratuitas, llame o escriba a Lindsay Baar a Lindsay.baar@chardonschools.org o al 440-285-4052 ext. 8525 para saber si califican.

3. **¿Debo llenar una solicitud para cada niño?** No. Use una sola solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para todos los estudiantes de su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Por favor presente toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a Brett Schauermann, 428 North St. Chardon, Ohio 44024, 440-286-0425.**

4. **¿Debo llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar que indica que mis hijos ya fueron aprobados para comidas gratuitas?** No, pero por favor lea la carta con atención y siga las instrucciones. Si falta algún niño de su hogar en la notificación de elegibilidad, comuníquese de inmediato con **Brett Schauermann, 428 North St. Chardon, Ohio 44024, 440-286-0425**.

5. **¿Puedo presentar la solicitud en línea?** Sí. Si es posible, le recomendamos llenar una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel. Los requisitos de la solicitud en línea son los mismos y se pedirá la misma información que en la solicitud en papel. Visite https://www.chardonschools.org/FoodService.aspx para comenzar o para obtener más información sobre el proceso de solicitud en línea. Comuníquese con **Brett Schauermann, 428 North St. Chardon, Ohio 44024, 440-286-0425** si tiene preguntas sobre la solicitud en línea.

6. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Debo llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para el inicio de este año escolar. Debe presentar una nueva solicitud, a menos que la escuela le haya notificado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

7. **Recibo beneficios del Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC). ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratuitas?** Los niños de hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor presente una solicitud completa.

8. **¿Se verificará la información que proporcione?** Sí. También es posible que le pidamos que envíe comprobantes por escrito.

9. **Si no califico ahora, ¿puedo presentar la solicitud más adelante?** Sí. Puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre, madre o tutor quede desempleado pueden volverse elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos del hogar bajan del límite de ingresos.

10. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con los funcionarios de la escuela. También puede pedir una audiencia llamando o escribiendo a la siguiente persona de contacto: **Brett Schauermann, 428 North St. Chardon, Ohio 44024, 440-286-0425**.

11. **¿Puedo presentar la solicitud si otra persona de mi hogar no es ciudadana de los EE. UU.?** Sí. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los EE. UU. para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.

12. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana $1,000 al mes, pero faltó a algunos días de trabajo el mes pasado y solo ganó $900, presente el informe con la cantidad habitual de $1,000 al mes. Si normalmente recibe pago por horas extras, inclúyalo, pero no lo incluya si solo trabaja horas extras de vez en cuando. Si ha perdido un empleo o le han reducido las horas o el salario, use sus ingresos actuales.

13. **¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que declarar?** Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos de los tipos de ingresos que se piden en la solicitud, o que no reciban ingresos en absoluto. Cuando esto ocurra, escriba un 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como cero. Tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco.

14. **Somos militares. ¿Declaramos nuestros ingresos de otra manera?** Su sueldo base y las bonificaciones en efectivo deben declararse como ingresos. Si recibe subsidios con valor en efectivo para vivienda, alimentos o ropa fuera de la base, también deben incluirse como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. Tampoco se incluye como ingreso ningún pago adicional por combate que resulte de un despliegue.

15. **¿Qué pasa si no hay suficiente espacio en la solicitud para mi familia?** Anote a los demás miembros del hogar en una hoja de papel aparte y adúntela a su solicitud. Comuníquese con **Brett Schauermann, 428 North St. Chardon, Ohio 44024, 440-286-0425** para recibir una segunda solicitud.

16. **¿Por qué se me pide mi consentimiento para la exención de cuotas de instrucción?** Las escuelas públicas de Ohio están obligadas a eximir de las cuotas escolares de instrucción a los niños que califican para beneficios de comidas gratuitas. El personal del servicio de alimentos escolar debe contar con el consentimiento de los padres para compartir la solicitud de comidas del estudiante si sus hijos califican para una exención de cuotas. Si acepta que la solicitud de comidas de sus hijos se comparta con los funcionarios escolares para ver si califican para una exención de cuotas, marque **sí** en la Parte 5. Si no desea que se comparta esa información, marque **no** en la Parte 5. Si responde que no a esta pregunta, sus hijos no serán considerados para una exención de cuotas. Responder a esta pregunta, en cualquier sentido, no cambiará la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.

17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas a los que podríamos solicitar?** Para saber cómo solicitar el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) de Ohio u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al 877-852-0010.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **440-286-0425**.

Atentamente,
Brett Schauermann, Director de Servicios de Nutrición, Chardon Local Schools

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

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

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

Parte 1: Anote a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado de cada niño.

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

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Responda sí o no y firme con su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas escolares de instrucción.

Parte 6: Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 7: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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 ALGÚN NIÑO DE SU HOGAR ES UNA PERSONA SIN HOGAR, MIGRANTE O FUGITIVO, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Anote a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado escolar de cada niño.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Si alguno de los niños para quienes solicita beneficios es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Lindsay Baar a Lindsay.baar@chardonschools.org o al 440-285-4052 ext. 8525. Si no, omita esta parte.

Parte 4: Complete solo si algún niño de su hogar no es elegible según la Parte 3. Consulte las instrucciones para todos los demás hogares.

Parte 5: Responda sí o no y firme con su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas escolares de instrucción.

Parte 6: Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si no necesitó completar la Parte 4.

Parte 7: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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 BENEFICIOS PARA UN NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si <u>todos</u> los niños del hogar son de crianza temporal:

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

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Responda sí o no y firme con su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas escolares de instrucción.

Parte 6: Firme el formulario. **No** son necesarios los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 7: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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 <u>algunos</u> de los niños del hogar son de crianza temporal:

Parte 1: Anote a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado escolar de cada niño. A cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcarle la casilla “Sin ingresos”. Marque la casilla si el niño es de crianza temporal.

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

Parte 3: Si alguno de los niños para quienes solicita beneficios es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Lindsay Baar a Lindsay.baar@chardonschools.org o al 440-285-4052 ext. 8525. Si no, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos brutos totales del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Anote a todos los miembros del hogar con ingresos.

- **Casilla 2 – Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla para indicar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. En el caso de los ingresos por trabajo, anote el ingreso bruto, no el pago 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, anote la cantidad y marque la casilla para indicar con qué frecuencia cada persona recibió asistencia social, manutención de menores (child support), pensión alimenticia entre excónyuges (alimony), pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios del VA) y beneficios por discapacidad. En *Todos los demás ingresos*, anote la compensación laboral (Worker's Compensation), los beneficios por desempleo o por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación ni los pagos de crianza temporal que la familia reciba de la agencia que colocó al niño. SOLO para los trabajadores por cuenta propia: declare los ingresos después de gastos en *Ingresos por trabajo*. Esto aplica a su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares o recibe pago por combate, no incluya esos subsidios como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme con su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas escolares de instrucción.

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

Parte 7: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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 CON WIC), SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Anote a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y el grado de cada niño. A cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcarle la casilla “Sin ingresos”.

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

Parte 3: Si alguno de los niños para quienes solicita beneficios es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Lindsay Baar a Lindsay.baar@chardonschools.org o al 440-285-4052 ext. 8525. Si no, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos brutos totales del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Anote a todos los miembros del hogar con ingresos.
- **Casilla 2 – Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió:** Para cada miembro del hogar, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla para indicar con qué frecuencia la persona recibe el ingreso: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. En el caso de los ingresos por trabajo, anote el ingreso bruto, no el pago 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, anote la cantidad y marque la casilla para indicar con qué frecuencia cada persona recibió asistencia social, manutención de menores (child support), pensión alimenticia entre excónyuges (alimony), pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios del VA) y beneficios por discapacidad. En *Todos los demás ingresos*, anote la compensación laboral (Worker's Compensation), los beneficios por desempleo o por huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios federales de educación ni los pagos de crianza temporal que la familia reciba de la agencia que colocó al niño. SOLO para los trabajadores por cuenta propia: declare los ingresos después de gastos en *Ingresos por trabajo*. Esto aplica a su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas Militares o recibe pago por combate, no incluya esos subsidios como ingresos.

Parte 5: Responda sí o no y firme con su nombre si desea que los funcionarios escolares revisen la solicitud para determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas escolares de instrucción.

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

Parte 7: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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.

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO 2026-2027

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de <u>todos</u> los miembros del hogar (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela y grado de cada niño, o indique "NA" si el niño no asiste a la escuela. Escuela	Grado	Marque si es un niño de crianza temporal (bajo la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de un tribunal). *Si todos los niños anotados a continuación son de crianza temporal, pase a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si no tiene ingresos
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

Parte 2. BENEFICIOS: Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF), anote el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y **pase a la Parte 5**. Si nadie recibe estos beneficios, **pase a la Parte 3**.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE CASO DE 7 DÍGITOS: _____

Parte 3. Si algún niño para quien solicita beneficios es una persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Lindsay Baar a Lindsay.baar@chardonschools.org o al 440-285-4052 ext. 8525.

Sin hogar ☐ Migrante ☐ Fugitivo ☐

Parte 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de deducciones). Anote todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para indicar con qué frecuencia se reciben. Anote cada ingreso solo una vez.

1. NOMBRE (Anote a todos los miembros del hogar con ingresos)	**2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ**															
	Ingresos por trabajo antes de deducciones	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Asistencia social, pensión alimenticia y conyugal	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios del VA	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todos los demás ingresos (indique la frecuencia, p. ej., "semanal" "mensual" "trimestral" "anual")
(Ejemplo) Jane Smith	$200	☒	☐	☐	☐	$150	☐	☒	☐	☐	$0	☐	☐	☐	☐	<u>$50.00/ trimestral</u>
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$_____/_____

Parte 5. CONSENTIMIENTO DEL ADULTO PARA LA EXENCIÓN DE CUOTAS ESCOLARES DE INSTRUCCIÓN: Es posible que sus hijos califiquen para una exención de sus cuotas escolares de instrucción. Se requiere su permiso para compartir la información de su solicitud de comidas con los funcionarios escolares y determinar si sus hijos califican para una exención de cuotas. Responder a esta pregunta no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido.

Marque una casilla: ☐ **Sí, acepto que se use mi solicitud de comidas para determinar si mis hijos califican para una exención de cuotas.**
☐ **No, no acepto que se use mi solicitud de comidas para determinar si mis hijos califican para una exención de cuotas.**

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Parte 6. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo número de Seguro Social".** (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la parte posterior de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que yo proporcione. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede causar que mis hijos pierdan los beneficios de comidas y que yo pueda ser sujeto a enjuiciamiento conforme a las leyes estatales y federales.

Firme aquí: X_____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social: __ __ __ __ ☐ No tengo número de Seguro Social

Parte 7. Identidad étnica y racial de los niños: Se nos exige solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos atendiendo 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.

<u>Elija una etnia:</u>	<u>Elija una o más (independientemente de la etnia):</u>
☐ Hispano/Latino ☐ No hispano/Latino	☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

No complete esta sección. Es solo para uso de la escuela.

Conversión a ingreso anual: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12

Ingreso total: _____ Por: ☐ Semana, ☐ Cada 2 semanas, ☐ Dos veces al mes, ☐ Mes, ☐ Año Tamaño del hogar: _____

Elegibilidad categórica: ___ Fecha de retiro: _____ Elegibilidad: Gratis___ Reducido___ Denegado___ Motivo: _____

Firma del funcionario que determina/aprueba: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario que confirma: _____ Fecha: _____

Firma del funcionario de seguimiento: _____ Fecha: _____

Si se seleccionó para verificación, fecha de envío del aviso: _____ Fecha de respuesta: _____ 2.º aviso enviado: _____ Resultados enviados: _____

Resultado de la verificación: Sin cambio ____ Gratis a Reducido ____ Gratis a Pagado ____ Reducido a Gratis ____ Reducido a Pagado ____

Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están en los límites de esta tabla, o por debajo de ellos.

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información que usted nos proporciona.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información de esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información, pero si no la proporciona, la agencia estatal no podrá aprobar a su hijo para 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. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando usted solicita en nombre de un niño de crianza temporal, cuando anota un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF) u otro identificador para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y el 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 beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programas, y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2026-2027

Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	$29,526	$2,461	$568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	927
4	61,050	5,088	1,175
5	71,558	5,964	1,377
6	82,066	6,839	1,579
7	92,574	7,715	1,781
8	103,082	8,591	1,983
Cada persona adicional:	10,508	876	203

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de programas de asistencia pública, creencias políticas o desquites o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado a cabo o financiado por el USDA (no todas las características se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en los Programas del USDA, que se encuentra en línea (Cómo presentar una queja por discriminación en el programa) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **Correo postal:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. **Fax:** (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Ohio Department of Education and Workforce
Office of Nutrition
Programa Nacional de Almuerzos Escolares

MODELO DE AVISO A LOS HOGARES SOBRE LA APROBACIÓN O DENEGACIÓN DE BENEFICIOS
Para el año del programa 2026-2027

Estimado padre, madre o tutor:

Usted solicitó comidas gratuitas o a precio reducido para el/los siguiente(s) niño(s):

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Su solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido para su(s) hijo(s) ha sido:

___ Aprobada para comidas gratuitas.

___ Aprobada para comidas a precio reducido: $0 por el almuerzo, $0 por el desayuno.

___ Denegada por el/los siguiente(s) motivo(s):

( ) Ingresos superiores al monto permitido.

( ) Solicitud incompleta en cuanto a: _____

( ) Otro: _____

Si no está de acuerdo con la decisión, puede hablar del asunto con la escuela. Si desea que se revise la decisión con más detalle, usted tiene derecho a una audiencia imparcial. Esto se puede hacer llamando o escribiendo al siguiente funcionario:

Nombre: Brett Schauermann

Dirección: 428 North St Chardon, Ohio 44024

Teléfono: 440-286-0425

Si ahora no es elegible, pero los ingresos de su hogar disminuyen, queda desempleado, aumenta el tamaño de su hogar o se vuelve elegible para recibir fondos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Ohio Works First (OWF), llene una solicitud en ese momento.

Atentamente,

Brett Schauermann,
Director de Servicios de Nutrición
7-1-26

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de programas de asistencia pública, creencias políticas o desquites o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado a cabo o financiado por el USDA (no todas las características se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación en los Programas del USDA, que se encuentra en línea (Cómo presentar una queja por discriminación en el programa) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completos al USDA por:

1. **Correo postal:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
2. **Fax:** (202) 690-7442; o
3. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON MEDICAID / *Healthy Start, Healthy Families*

Estimado padre, madre o tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precio reducido, es posible que también sean elegibles para un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o del programa *Healthy Start, Healthy Families* del estado de Ohio. Los niños con seguro de salud tienen más probabilidades de recibir atención médica regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Como el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, la ley nos permite informar a Medicaid y a *Healthy Start, Healthy Families* que sus hijos son elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido, ***a menos que usted nos indique que no lo hagamos***. Medicaid y *Healthy Start, Healthy Families* solo usan la información para identificar a los niños que podrían ser elegibles para sus programas. Los funcionarios de los programas podrían comunicarse con usted para ofrecerle inscribir a sus hijos. Llenar la Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido no inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro de salud.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid ni con *Healthy Start, Healthy Families*, llene el formulario a continuación y envíelo (enviar este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido).

_____

☐ **¡No! NO quiero** que la información de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido se comparta con Medicaid ni con *Healthy Start, Healthy Families*.

Si marcó “no”, llene el formulario a continuación.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a Brett Schauermann al 440-286-0425
Devuelva este formulario a: 428 North St Chardon, Ohio 44024

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado padre, madre o tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted proporcionó en su Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido puede compartirse con otros programas para los cuales sus hijos podrían calificar. **Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Enviar este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido.**

☐ ¡No! **NO** quiero que la información de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido se comparta con ninguno de estos programas.

☐ ¡Sí! **SÍ** quiero que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para la **exención de cuotas escolares.**

☐ ¡Sí! **SÍ** quiero que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **Chardon Local Schools**.

☐ ¡Sí! **SÍ** quiero que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido con **Chardon Local Schools**.

Si marcó "sí" en una o en todas las casillas anteriores, llene el formulario a continuación. Su información se compartirá solo con los programas que usted marcó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Brett Schauermann** al **440-286-0425** o a **brett.schauermann@chardonschools.org**
Devuelva este formulario a: 428 North St. Chardon, Ohio 44024

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

¿Califica su hijo para el Programa de Comidas Escolares?
Si es así, ¡su familia podría calificar para cobertura de salud gratuita!

Healthy Start & Healthy Families

Healthy Start ofrece cobertura de salud gratuita
para niños (desde el nacimiento hasta los 19 años) y mujeres embarazadas.

Healthy Families ofrece cobertura de salud gratuita para
toda la familia: padres Y niños.

Healthy Start & Healthy Families cubre:

Consultas médicas	Medicamentos recetados
Atención hospitalaria	Servicios de la vista
Vacunas	Atención dental
Tratamiento por abuso de sustancias	Salud mental

¡Y mucho más!

Para obtener más información o una solicitud, llame al:

1-800-324-8680 (¡llamada gratuita!)

TDD 1-800-292-3572
Lunes a viernes 7 a. m. a 8 p. m.
Sábado y domingo 12 p. m. a 5 p. m.

El tamaño y los ingresos de su familia determinan si usted y su familia son elegibles para Healthy Start o Healthy Families. Healthy Start y Healthy Families son programas de Medicaid administrados por el Ohio Department of Job & Family Services.