

**Free Horizon Montessori**  
**CARTA A LOS PADRES**  
**2015-16**

Estimado padre de familia/tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para que puedan aprender. **Free Horizon Montessori** ofrece comidas saludables todos los días escolares.

\* Si la escuela ofrece desayuno, entonces los estudiantes de todos los grados que califican para obtener comidas a precio reducido recibirán el desayuno sin costo alguno. Alumnos desde preescolar hasta quinto grado que califiquen para recibir comidas a precio reducido también recibirán almuerzo gratis.\*

Cumplimente una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podremos aprobar una solicitud incompleta, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Envíe la solicitud cumplimentada a: Free Horizon Montessori, 581 Conference Place, Golden, CO 80401.**

**También puedes acceder y llenar una solicitud en línea a: <https://charterchoice.strataapps.com/>.**

*Aquí hallarán respuestas a las preguntas que puedan tener acerca de la solicitud:*

- ¿Quiénes pueden recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) y los niños en hogares que participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR - Food Distribution Program in Indian Reservations) tienen derecho a recibir comidas gratis sin considerar sus ingresos. Si proporciona un número de caso en la solicitud, los beneficios de comidas gratuitas se aplicarán a todos los alumnos listados en la solicitud. Además, sus niños podrán recibir comidas gratis o a precio reducido si sus ingresos familiares están dentro de los límites de las pautas federales de cumplimiento de requisitos de ingresos (Federal Income Eligibility Guidelines). Si usted ha recibido una NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para comidas gratuitas desde CharterChoice Collaborative para año de escuela 2015-16, no necesita completar su solicitud. No obstante, informe a la escuela si alguno de sus hijos va a esta escuela no está listado en la carta de NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DIRECTA que recibió.
- ¿Pueden recibir comidas gratis los niños en hogares sustitutos?** Sí, los niños de crianza temporal (foster children) que se encuentran bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de niños o un tribunal tienen derecho a recibir comidas gratis. Cualquier niño de crianza en su hogar puede recibir comidas gratis sin considerar sus ingresos. En aquellos hogares donde hay niños de crianza temporal y otros que no lo son, el niño de crianza temporal puede ser incluido en la solicitud como miembro de la familia sustituta, ya que ello puede ayudar a otros niños en el hogar a cumplir los requisitos para recibir estos beneficios. Si la familia sustituta no reúne los requisitos para recibir comidas gratis, ello no impide que el niño de crianza pueda recibir beneficios de comidas gratis.
- ¿Pueden recibir comidas gratis los niños desamparados, fugados e inmigrantes?** Sí. Si usted no ha recibido notificación de que su(s) hijo(s) califica(n) los requisitos para recibir comidas gratis, cumplimente la solicitud e indique la situación del niño: desamparado, fugado o inmigrante. Además, contáctese con **su persona de enlace para desamparados o coordinador de inmigrantes** para ver si su(s) hijo(s) cumple(n) los requisitos.
- ¿Debo llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar que indica que mis hijos fueron aprobados para recibir comidas gratis?** Por favor, lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela de su hijo si tiene alguna pregunta.
- La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Tengo que llenar otra solicitud?** Sí. Si su estudiante fue aprobado a través de CharterChoice el año pasado en la misma escuela que cursa este año tendrá prórroga de 30 días en este año escolar, 2015-16. Sin embargo, nuevos alumnos a esta escuela o hermanos incorporarse a esta escuela no se aplican a este y tendrán que llenar una solicitud nueva. Cuando termine este período de prórroga, a menos que la casa presenta una aplicación para el año 2015-16 que está aprobado y ha sido notificada por CharterChoice de elegibilidad del estudiante, los niños se espera que pagar el precio completo para las comidas escolares. La escuela no le enviará un aviso de recordatorio o aviso de elegibilidad caducado.
- Recibo beneficios del Programa WIC. ¿Puede(n) mi(s) hijo(s) recibir comidas gratis?** Los niños en hogares que participan en el programa WIC podrían cumplir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, llene una solicitud.
- ¿Será revisada la información que yo provea?** Sí, y podremos pedirle que envíe pruebas escritas de la información provista.

<b>Tabla de ingresos</b>			
<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Anual</u>	<u>Mensual</u>	<u>Semanal</u>
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	\$1,011
6	\$60,255	\$5,022	\$1,159
7	\$67,951	\$5,663	\$1,307
8	\$75,647	\$6,304	\$1,455
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:	\$7,696	\$642	\$148

8. **Si no cumpla los requisitos ahora ¿puedo volver a solicitar en el futuro?** Sí. Usted puede volver a solicitar el beneficio en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, si sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir beneficios de SNAP o FDPIR. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar es menor al límite de ingresos para beneficios.
9. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted debe hablar con las autoridades escolares. También podría solicitar una audiencia por escrito o por vía telefónica a: **Terry Croy Lewis, 1869 West Littleton Blvd., Littleton, CO 80120, 303-953-4170.**
10. **¿Puedo presentar una solicitud aun si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE.UU.?** Sí. Usted o su hijo no tienen que ser ciudadanos de los EE.UU. para cumplir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
11. **¿A quién debo incluir como miembro de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, sean parientes o no (tal como, abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas que usted no mantiene, o que no comparten ingresos con
12. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre iguales?** Indique la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted recibe regularmente \$1,000 al mes, pero se ausentó del trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1,000 por mes. Si usted recibe regularmente pago por tiempo extra, incluya esta cantidad, pero no debe incluirla si trabaja tiempo extra solo ocasionalmente. Si usted ha perdido su trabajo, o sus horas o su salario se redujeron, utilice sus ingresos actuales.
13. **Nosotros estamos en el servicio militar; ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como ingreso?** Si usted recibe un subsidio para vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte del programa de Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
14. **Mi cónyuge está sirviendo en una zona de combate. ¿Se considera como ingreso su paga por combate?** No, si la paga por combate se recibe en adición a su salario básico debido a su servicio en una zona de combate y no fue recibido antes de servir como tal, el pago por combate no cuenta como ingreso. Contáctese con su escuela para recibir más información.
15. **Mi familia necesita más asistencia. ¿Existen otros programas que podamos solicitar?** Para aprender cómo solicitar otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia. "Colorado PEAK" es un servicio computarizado para localizar y presentar solicitudes a programas de asistencia médica, alimenticia o económica. Puede acceder a este sitio de web en: <http://coloradopeak.force.com/>.
16. **¿Es requerido el número de seguro social?** Aunque la divulgación de los últimos 4 dígitos del número de seguro social es voluntaria, para que la solicitud sea aprobada se requiere indicar los últimos 4 dígitos del número de seguro social o indicar "ninguno".

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 303-953-4170 o email [bknickebocker@charterchoiccollaborative.org](mailto:bknickebocker@charterchoiccollaborative.org).

Atentamente,

**Britton Knickerbocker**

**CharterChoice Collaborative (SFA)**

**Declaración de uso de información:** La Ley de almuerzo escolar nacional "Richard B. Russell" requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene la obligación de proporcionar la información, pero de no hacerlo, no podremos aprobar la solicitud para que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que 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 si usted hace esta solicitud para un niño de crianza (foster child) o si usted anota el número de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si sus hijos califican para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información sobre el cumplimiento con los requisitos con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, sus auditores para revisión de programas y funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

**Declaración de no-discriminación:** El Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y cuando es aplicable, credos políticos, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si los ingresos de un individuo son derivados en su totalidad o en parte de cualquier programa de asistencia pública, o 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 serán aplicables a todos los programas o actividades de empleo). Si usted desea presentar una queja por discriminación concerniente al programa para hacer valer sus derechos civiles, cumplimente el Formulario de Queja del Programa de Discriminación del USDA, el cual se encuentra en internet en el sitio de web [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede enviar una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja o su carta por correo a: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas o con dificultades auditivas o con discapacidades del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relevos al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

## **INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD**

*SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP (PROGRAMA DE AYUDA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA) O FDPIR (PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:*

**Parte 1:** Enumere a todos los alumnos; indique la escuela y el grado de cada uno.

**Parte 2:** Indique el nombre del miembro del hogar que recibe el beneficio y el número de caso.

**Parte 3:** Omite esta parte

**Parte 4:** Omite esta parte

**Parte 5:** Si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP, marque esta casilla.

**Parte 6:** Firme el formulario. NO es obligatorio que indique los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

*SI LA SOLICITUD ES POR UN MENOR SIN HOGAR, QUE HA HUIDO DE CASA O ES INMIGRANTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:*

**Parte 1:** Enumere a todos los alumnos; indique la escuela y el grado de cada uno. Indique si el alumno no tiene hogar, si huyó de casa o si es inmigrante.

**Parte 2:** Omite esta parte

**Parte 3:** Llame a su persona de enlace para desamparados o coordinador de inmigrantes

**Parte 4:** Omite esta parte

**Parte 5:** Si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP, marque esta casilla.

**Parte 6:** Firme el formulario. NO es obligatorio que indique los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

*SI LA SOLICITUD ES POR UN MENOR O POR VARIOS MENORES DE CUIDADO TEMPORAL ÚNICAMENTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:*

**Parte 1:** Enumere a todos los alumnos; indique la escuela y el grado de cada uno. Marque la casilla Cuidado temporal para cada menor de cuidado temporal.

**Parte 2:** Omite esta parte

**Parte 3:** Omite esta parte

**Parte 4:** Omite esta parte

**Parte 5:** Si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP, marque esta casilla.

**Parte 6:** Firme el formulario. NO es obligatorio que indique los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

*PARA EL RESTO DE HOGARES, INCLUIDOS WIC Y LOS HOGARES QUE TIENEN HIJOS DE CUIDADO TEMPORAL QUE VIVEN CON ELLOS JUNTOS CON LOS HIJOS QUE NO SON DE CUIDADO TEMPORAL, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:*

**Parte 1:** Indique el nombre, escuela y grado de cada niño. Si el niño es un hijo en acogida temporal, marque la casilla de acogida. Para todos los estudiantes indicados, si NO HAY INGRESOS, debe marcar la casilla "Sin ingresos". **Parte 2:** Omite esta parte.

**Parte 3:** Omite esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para indicar todos los ingresos del hogar. Los ingresos pueden ser del mes anterior, de este mes o los ingresos proyectados para el siguiente mes.

**Columna 1–Nombre:** Escriba el primer nombre y el apellido de **cada** persona que vive en su hogar, ya sean parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse usted y a todos los niños que viven con usted que no se indican en la Parte 1 y los estudiantes que tienen ingresos. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

**Columna 2–Marque si no tiene ingresos:** Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la casilla.

**Columna 3–6 Ingresos brutos y la frecuencia con que se reciben:** junto al nombre de cada persona indique el tipo de ingreso recibido y con qué frecuencia se recibió.

*Ingresos provenientes del trabajo:* ejemplo: Si le pagan \$500.00 cada 2 semanas, anote \$500.00 en el espacio de ingresos y seleccione la casilla Bisemanal. **El ingreso bruto es el monto obtenido antes de impuestos y otras deducciones.**

*Fuentes adicionales de ingresos:* Enumere el monto total que cada persona recibió **de todas las otras fuentes**. Por ejemplo: Si recibe \$500.00 al mes por manutención de menores, indique \$500.00 en el espacio de ingresos y seleccione la casilla Mensual.

*Otros ingresos:* Informe el ingreso neto por empresas de su propiedad, granja o ingresos por arrendamiento. Junto al monto, marque la frecuencia con que la persona lo recibe. Si usted pertenece a la Iniciativa de privatización de vivienda del ejército, no incluya este ingreso.

**Parte 5:** Si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP, marque esta casilla.

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

### **INGRESOS A REPORTAR:**

Ingresos provenientes del trabajo  
Suelos/salarios/propinas  
Beneficios por huelga  
Desempleo  
Compensación  
Compensación para empleados  
Ingresos netos de negocios propios o granja

Bienestar social/manutención de menores/pensión alimenticia  
Pagos de asistencia pública  
Pagos de bienestar social  
Pensión alimenticia  
Pagos de manutención de menores

Pensiones/Jubilación/ Seguro social  
Pensiones  
Ingresos por seguro suplementario  
Ingresos por jubilación  
Pago a veteranos  
Seguro Social

Otros ingresos  
Beneficios por discapacidad  
Retiros de efectivo de ahorros  
Intereses/dividendos  
Ingresos provenientes de propiedades/fideicomisos/inversiones  
Contribuciones regulares de personas que no viven en la casa  
A anualidades/regalías netas/ ingreso neto por rentas  
Cualquier otro ingreso

# SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO DEL 2015-2016

(Éste formulario puede ser utilizado solo para la participación en Programas Federales de Nutrición Infantil)

**INSTRUCCIONES:** Utilizando la hoja de instrucciones que se adjuntó, llene la solicitud, firmela y una vez que la haya llenado llévela a la escuela.

<b>Parte 1.</b> Información del estudiante. Escriba el nombre de todos los estudiantes; indique el nombre de la escuela y el grado. Si el estudiante NO TIENE INGRESOS, DEBE marcar la casilla "Sin ingresos". Si el estudiante tiene un ingreso también, agregue al estudiante en la sección del hogar siguiente y proporcione información sobre los ingresos. Marque el casillero que correspondiente a "Niño en acogida temporal" para todos los estudiantes que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia de servicios sociales o del juzgado.					H: Sin hogar M: Inmigrante R: Huyó de casa		
Sin ingresos	Primer Nombre y Apellido	Escuela	Grado	Niño en acogida temporal	H	M	R
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

<p><b>Parte 2. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)/ Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR):</b> Escriba el nombre del miembro de la familia que recibe el beneficio y escriba el número de caso. (Anote esta información y pase a la Parte 5)                  Nombre: _____ Número de caso: _____</p>	<p><b>Parte 3. Elegibilidad de otra fuente:</b> Si alguno de los menores en la solicitud <b>NO TIENE HOGAR, ES INMIGRANTE O HUYÓ DE CASA</b>, selección la casilla apropiada a la izquierda y llame a <b>su persona de enlace para desamparados o coordinador de inmigrantes.</b></p>
--	---

<p><b>Parte 4.</b> Indique todos los miembros del hogar que no se enumeran arriba Y los estudiantes que tienen ingresos</p>	<p><b>Escriba todo el ingreso bruto actual y marque el casillero que indica la frecuencia con la que se recibió.</b></p>	<p><b>Parte 5. PROGRAMA ESTATAL DE MEDICAID Y/O DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (SCHIP)</b>—                  La información que se provee en la solicitud puede ser compartida con las oficinas de Medicaid o SCHIP para posible afiliación en estos programas. No se requiere que usted apruebe a compartir esta información; esto no afectará la aceptación del estudiante en el programa de alimentos escolares.                  Su información <i>podría</i> compartida a menos que marque el casillero a continuación.</p>				
Nombre y Apellido	Sin ingresos	Ingreso por trabajo antes de deducciones, o beneficios de desempleo	Beneficio de servicio sociales, sustento infantil, pagos recibidos por un ex cónyuge	Pensiones, pagos de jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	Ingresos de otro tipo	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes	<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"/>

**Parte 6. Firma y Número de Seguro Social: (DEBE ser firmado por un adulto)**  
 Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si se llenó la Parte 4, el adulto que firmó el formulario debe escribir su Número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "Yo no tengo un Número de Seguro Social".  
**Número de Seguro Social (Sólo los 4 últimos dígitos):** XXX - XX - \_\_\_\_\_  Yo no tengo un Número de Seguro Social

*Yo afirmo (prometo) que toda la información en ésta solicitud es cierta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcioné. Entiendo que es posible que los administradores escolares verifiquen (revisen) la información. Entiendo que si he proporcionado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y que es posible que se presenten cargos en mi contra. Entiendo que la condición de elegibilidad de mi hijo se puede compartir según lo permitido por la ley.*

**Firme aquí:** X \_\_\_\_\_ **ESCRIBA su nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO\*\*\*\*\*

**Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12**

Total Income: \_\_\_\_\_ Per  Week,  Bi-Weekly,  2x/Month,  Month,  Year Household size: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_\_\_ Reduced: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_

Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ App Num: \_\_\_\_\_