

2021 - 2022 Brandywine School District Formulario de beneficio de comidas

Completar una solicitud por hogar. Por favor, use una pluma (no un lápiz).
 Direcciones al reverso.

Aplicar en línea en
<https://family.titank12.com>

PASO 1 — Todos los Niños en Escuela en el Hogar

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no esté relacionado".

Los niños en **adoptivo** y los niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugitivos** son elegibles para comidas gratis. Lea **cómo solicitar comidas escolares gratis y reducidas** para obtener más información.

Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M M - D D - Y Y Y Y			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Los estudiantes matriculados en escuelas que participan en la Disposición de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) recibirán comidas sin costo independientemente de la terminación o determinación de elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Si / No

Número De Caso:

Si respondió **NO** > Vaya al PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un número de caso luego omite el PASO 3 y vaya al PASO 4.

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Si" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, incluidos los niños, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual																							
	Ganancias del Trabajo			Frecuencia?			Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia			Frecuencia?			Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos			Frecuencia?								
	W	E	T	M	W	E	T	M	W	E	T	M	W	E	T	M								
	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M
	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M
	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M
	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M
	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M	\$				W	E	T	M

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos) Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** - ** - Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Imprima nombre del adulto llenando este formulario Firma del adulto que lleno este formulario Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono De Casa Teléfono Del Trabajo Correo Electrónico

PASO 5 — Divulgación de Información

- ¡NO! NO deseo que la información de mi libre Reducido Precio compartida con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (CHIP). Para obtener más información acerca de DECHIP, llame al: 1-800-996-9969. **SI NO MARQUE ESTA CASILLA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O DECHIP.**
- ¡SÍ! La Oficina de Nutrición Escolar puede compartir información de esta solicitud para beneficios de comidas escolares con el Título 1, exámenes dentales / de la vista y con Consejeros Escolares y Directores para exenciones de cuotas asociadas con SAT, Exámenes ACT / AP, Exámenes IB, Delaware College Prep Program y / O verificación para aplicaciones de la universidad.

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno):
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Afroamericano
 Asiático
 Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico
 Blanco



NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Household Size: _____ Categorical _____ Date Received: _____ Date Withdrawn: _____
 Total Income: _____ Per _____ Week _____ Every 2 weeks _____ Monthly _____ Bimonthly _____
 Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____
 Determining Official's Signature: x _____ Date: _____
 Confirming Official's Signature: x _____ Date: _____
 Verifying Official's Signature: x _____ Date: _____

Formulario para Comida Gratis & a Precio Reducido durante/después de Escuela

Distrito Escolar de Brandywine ■ Nutrición ■ 4 Mount Lenanon Road Wilmington, DE 19803

Julio 2021

Solo necesita llenar UNA aplicación por familia.

Estimado Padre o Guardián:

El Distrito Escolar de Brandywine participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares / Programa de Desayunos Escolares / Programa de Refrigerios Después de la Escuela. Se sirven comidas nutritivas todos los días escolares. Todas las comidas que se sirvan deben cumplir con los estándares de nutrición establecidos por el Departamento de Agricultura de EE. UU. Debido a la extensión de las exenciones COVID-19 del USDA, todos los estudiantes recibirán desayuno y almuerzo gratis durante el año escolar 2021-2022. Los formularios de beneficios de comidas se pueden completar para posiblemente calificar para otros programas estatales, pero no es necesario que reciban comidas gratis. Se pueden realizar pagos por artículos a la carta. Haga los cheques pagaderos a BSD School Nutrition o visite <https://family.titank12.com> y configure una cuenta para pagar en línea.

Si por alguna razón su niño/a ha sido diagnosticado con alguna incapacidad por orden de un doctor y dicha incapacidad no permite que el niño/a coma la comida que ofrece la escuela, la escuela hará la sustitución necesaria recomendadas por el doctor. Cuando una sustitución es necesaria, no habrá ningún costo adicional por la comida. El cambio de comida por razones médicas se puede hacer contactando el Departamento de Nutrición del Distrito Escolar.

APELACIÓN: Si usted no esta de acuerdo con la decisión tomada por el Distrito al procesar su aplicación ó con el resultado de una verificación, usted puede apelar por medio a un oficial de la escuela. También tiene derecho a una audiencia. Esto puede ocurrir contactando la siguiente persona:

Dr. Jason Hale, Chief Financial Officer

Brandywine School District ■ 500 Duncan Road ■ Wilmington, Delaware 19809

CONFIDENCIALIDAD: La información proveida por usted en este formulario se usara para decidir si su hijo/a califica para obtener comidas gratis o a precio reducido. Puede que le informemos a otros oficiales conectados a la nutrición de niño/as, salud, y educación de la información en su aplicación para determinar beneficios o para la financiación y propósito de esta evaluación, como verificar Titulo I.

RE-EVALUACIÓN: Usted puede solicitar este beneficio en cual quier momento durante el año escolar. Si usted no califica ahora y su ingreso reduce durante el año, el número de personas en el hogar aumenta, pierde su trabajo, o comienza recibir asistencia del Programa Suplemental de Nutrición (SNAP) o ayuda Temporal del estado de Delaware (DE-TANF) para su hijo/a, puede volver aplicar.

A usted se le notificará cuando su aplicación sea aprobada o negada.

Guía de ingresos para comidas a un precio reducido 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

No. de Personas	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada 2 Meses	Semanal
1	\$23,828	\$1,986	\$993	\$917	\$459
2	\$32,227	\$2,686	\$1,343	\$1,240	\$620
3	\$40,626	\$3,386	\$1,693	\$1,563	\$782
4	\$49,025	\$4,086	\$2,043	\$1,886	\$943
5	\$57,424	\$4,786	\$2,393	\$2,209	\$1,105
6	\$65,823	\$5,486	\$2,743	\$2,532	\$1,266
7	\$74,222	\$6,186	\$3,093	\$2,855	\$1,428
8	\$82,621	\$6,886	\$3,443	\$3,178	\$1,589
Para cada persona adicional añada:	\$8,399	\$700	\$350	\$324	\$162

Declaración de la ley de privacidad: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no envía toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para recibir comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando presenta una solicitud en nombre de un niño de crianza temporal o enumera un número de caso del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP), Programa de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) o Programa de distribución de alimentos en reservas indígenas (FDPIR) o otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa.

**AHORA DISPONIBLE:
APLIQUE POR INTERNET**

Página: <https://family.titank12.com>

Declaración de no discriminación: explica qué hacer si cree que lo han tratado injustamente.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; o

correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



Sinceramente,

Colleen Carter
Supervisora del Departamento de Nutrición