

RIVERSIDE | BROOKFIELD HIGH SCHOOL

DISTRICT 208
160 RIDGEWOOD ROAD
RIVERSIDE, ILLINOIS 60546-2408

TEL: 708.442.7500
FAX: 708.442.7840

1 de agosto de 2009

Re: Desayuno y Almuerzo Gratuito para estudiantes que califiquen

Estimado Padre/Custodio:

Adjunto encontrará una solicitud para que su hijo(a) pueda recibir comidas en la escuela gratuitamente. Por favor llene la forma que se haya al otro lado de esta carta y regrésela a la oficina del Director antes del 15 de septiembre de 2009. Debe incluir los dos últimos talones de cheque ya sea de su empleo o algún otro comprobante de ingreso que tenga. Cual quier ingreso anotado en la solicitud será verificado. No se procesarán las solicitudes que no estén debidamente llenadas. A continuación, encontrará la pauta (se basa en la cantidad "gross" y no en la "net"). Favor de llamar a la Sra. Carey al 708.442.8472 si tiene alguna pregunta.

Tabla de Ingresos Gross
En efecto del 1 de julio 2009, al 30 de junio 2010

Familiares	Semanal	Mensual	Anual
1	\$ 271	\$ 1,174	\$ 14,079
2	365	1,579	18,941
3	458	1,984	23,803
4	552	2,389	28,665
5	645	2,794	33,527
6	739	3,200	38,389
7	832	3,605	43,251
8	926	4,010	48,113
<i>Miembros adicionales</i>	+94	+406	+4,862

- Si su hijo(os) actualmente reciben estampillas de comida o TANF, su hijo(os) podrían recibir alimentos gratuitos.
- El niño(a) adoptado(a) puede recibir alimentos gratuitos sin importar los ingresos.
- Si el total de los ingresos de casa son igual o menos de las cantidades de al lado, su hijo(a) podría recibir alimentos gratuitos.

¿Cómo solicitar?:

Recipiente de Estampillas de Comida/RECIPIENTE de TANF: Escriba el nombre de su hijo(os), otorgue la documentación del programa de Estampillas de comida y se requiere la firma del adulto de casa. *El número de la tarjeta Link no se puede utilizar.*

El niño(a) adoptado: Si su hijo(a) fue adoptado, escriba el nombre del niño(a), los ingresos personales del niño(a) y la firma del adulto.

Otros solicitantes: Escriba el nombre de su hijo(os), los nombres de todas las personas que viven en el hogar, la cantidad de los ingresos que cada persona recibió el mes pasado al igual que el nombre de la compañía de donde los ingresos provienen. Se necesita la firma del un adulto y su número de seguro social.

OTRA INFORMACIÓN:

- LA VERIFICACIÓN: El consejo del colegio tiene el derecho de verificar si es elegible para obtener estos servicios en cualquier momento dentro del año escolar.
- LA AUDICIÓN: Usted podrá conversar con el consejo del colegio si no está de acuerdo con la decisión tomada en cuanto a la solicitud que sometió. Usted también puede pedir una audición. Para esto, deberá contactarse con el Sr. Christopher Welton, Gerente de Negocios, en RBHS, 160 Ridgewood Road, Riverside, IL 60546, al teléfono (708) 442-8255.
- REPORTAR LOS CAMBIOS: Si su hijo(a) es aprobado para recibir alimentos gratuitos, Usted deberá comunicarle al colegio si las personas que viven en la residencia disminuyen, si sus ingresos aumentan por más de \$50 dólares al mes o \$600 al año. También, si anotó algún número de Estampillas para Comida o de TANF y los servicios se cancelan, entonces deberá notificárselo al colegio.
- CONFIDENCIAL: El personal del colegio utilizan la información que provee solamente para decidir si hijo(os) puede recibir alimentos gratuitos. La firma del padre, madre o tutor es requerida en la solicitud con fines de permitirle al personal del colegio usar la información para determinar si es elegible de obtener otros servicios como el recibir libros de texto gratuitamente.
- VOLVER A SOLICITAR: Usted puede solicitar los servicios para recibir alimentos gratuitos en cualquier momento durante el año escolar. Si en estos momentos no es elegible pero hay cambios de ingresos, desempleo, o si el número de personas que residen en su residencia disminuye, entonces podrá volver a someter otra solicitud.

El programa del Almuerzo Gratuito de Riverside Brookfield High School no discrimina ante raza, sexo, color, ascendencia, edad, o discapacidad. Usted será notificado por escrito, vía correspondencia postal de los Estados Unidos sobre la decisión tomada. Si tiene otras preguntas o comentarios, favor de llamarle al Sr. Christopher Welton, el Gerente de Negocios al 708-442-8255.

Sinceramente,

Dr. David Bonnette
Superintendent

SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS Y DESCONTADAS—Complete Una Solicitud Por Hogar Por Distrito Escolar

SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA
 Marque si la Solicitud Tiene un Error

Parte 1. Niños en la Escuela (Use una solicitud separada por cada niño de acogida)

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN LA ESCUELA
 (Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)

(Nombre de la Escuela)

No. de CASO SNAP O TANF (si existe, por niño) (Grado) Vaya a Parte 5 si da un No. de caso SNAP o TANF

Parte 2. Sin Techo, Emigrante, Fugitivo, o Head Start (Elegibilidad Categórica)

- Sin techo Fugitivo
 Emigrante Head Start

(Firma del Encargado Sin Techo de su Escuela, Coordinador Emigrante, o Director Head Start (Fecha)

Parte 3. Niño de Acogida

Si esta solicitud es para un niño que es la responsabilidad legal de la corte o agencia de ayuda pública, marque la casilla a la izquierda. Vaya a Parte 5
 Liste la cantidad del ingreso de uso personal del niño, al mes. Si no existe, indique \$0.00\$

Parte 4. Ingreso Total Bruto del Hogar (antes de las deducciones) Debe decirnos la cantidad y la frecuencia.

1. NOMBRES (MENCIONE A CADA UNO EN EL HOGAR)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE (Ejemplo: \$100/mes; \$100 /dos veces al mes; \$100/cada otra semana; \$100/semana)				3. Marque si NO hay Ingreso				
	Ganancias del Trabajo (Antes de las deducciones)		Ayuda Pública, Manutención, Pensión Compensatoria			Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Comp. Trabajador., Desempleo, SSI, etc. (Todo otro Ingreso)		
A.	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	
B.	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /		<input type="checkbox"/>
C.	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /		<input type="checkbox"/>
D.	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /		<input type="checkbox"/>
E.	\$ /		\$ /		\$ /		\$ /		<input type="checkbox"/>

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Debe ser firmado por un adulto)

Un adulto miembro del hogar debe firmar esta solicitud. Si la Parte 4 se completa, el adulto que firma el formulario también debe dar su número de seguro social o marcar la casilla que dice *Yo no tengo un número de seguro social.*

Número de Seguro Social

Yo no tengo un número de seguro social.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todo el ingreso. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado. Comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Comprendo que si doy intencionalmente información falsa, es posible que mis niños pierdan sus beneficios de comidas, y yo pueda ser enjuiciado.

Fecha Nombre en letra de molde del Adulto Miembro del Hogar Firma del Adulto Miembro del Hogar Dirección del Adulto Miembro del Hogar

Parte 6. Información de Contacto (Opcional)

Número Telefónico del Trabajo (con código de área) Número Telefónico del Hogar (con código de área) Dirección del Hogar (número, calle, ciudad, código postal)

Parte 7. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:
 Hispano/Latino
 No Hispano/Latino

Marque una o más identidades raciales:
 Asiático Negro o África-americano
 Blanco Indígena de América o Nativo de Alaska

Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacífico

Parte 8. Compartiendo Información con All Kids—All Kids es un programa completo para el cuidado de salud para cada niño de Illinois.

¡NO! deseo que información de mi Solicitud de Elegibilidad del Hogar se comparta con All Kids. *Firme Aquí:*

SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA—LEA debe usar la conversión anual en todas las solicitudes en el distrito.

DETERMINACIÓN INICIAL Conversión del Ingreso Anual Semanal X 52 Cada 2 Semanas X 26 Dos Veces al Mes X 24 Una Vez al Mes X 12

INGRESO TOTAL: \$ _____ Por: Semana Cada 2 Semanas Dos Veces al Mes Al mes Al Año

NÚMERO EN EL HOGAR: _____ CAMBIO EN EL ESTATUS: _____ Fecha: _____

Gratis en base a:
 elegibilidad categórica sin techo emigrante fugitivo Head Start ingreso del hogar

Descontado en base a:
 ingreso del niño de acogida ingreso del hogar

Negado—Razón:
 demasiado ingreso solicitud incompleta

Temporal:
 gratis descontado

Hasta: _____ Hasta: _____ (máximo es 45 días c/u)
 FECHA DE RETIRO: _____

Firma del Oficial que Determina _____ Fecha _____

CONFIRMACIÓN (Antes de verificar y sólo para solicitudes a ser verificadas.)

Firma del Oficial que Confirma _____

Fecha _____

VERIFICACIÓN	DETERMINACIÓN INICIAL	RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN	RAZÓN POR EL CAMBIO:	FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL AVISO DE VERIFICACIÓN:	<input type="checkbox"/> Gratis en base al no. de caso SNAP/TANF	<input type="checkbox"/> Sin Cambio <input type="checkbox"/> Desc. a Gratis	<input type="checkbox"/> Ingreso: _____ <input type="checkbox"/> No Respondió	
FECHA QUE SE DEBE RECIBIR RESPUESTA DEL HOGAR: (se recomiendan 10 días del calendario)	<input type="checkbox"/> Gratis en base al ingreso <input type="checkbox"/> Descontado en base al ingreso	<input type="checkbox"/> De Gratis a Desc. <input type="checkbox"/> Desc. a Pagado	<input type="checkbox"/> Tamaño del Hogar: _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA, METODO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO: (3 días hábiles recomendados)	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Contacto Personal	<input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF	
Resultados _____			Firma del Oficial que Verifica _____	Fecha _____