

Plymouth Joint School District  
125 Highland Avenue  
Plymouth, Wisconsin 53073

Telephone (920) 892-2661  
Fax (920) 892-6366



Clark Reinke, Ed.D.  
Superintendent  
Carrie Dassow  
Asst. Supt. for Curriculum & Instruction  
Anne Gamoke  
Director of Pupil Services  
Jon Miller  
Manager of Business Services

## **Free & Reduced Lunch Application for 2011/2012 School Year**

Estimado Padre /Tutor:

Los niños necesitan alimentos saludables para aprender. **Plymouth School District** ofrece alimentos saludables todos los días escolares. Costo del desayuno \$2.20; costo del almuerzo \$2.70. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Para el desayuno, el precio reducido es \$.40 y para el almuerzo.

1. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA HIJO?** No. Complete la solicitud para comidas gratuitas o a precios reducidos. *Use una Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, por lo que asegúrese de completarla con toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a: Plymouth School District, 125 Highland Ave., Plymouth, WI 53073, 920-892-2661 x 1001.**
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Todos los niños en familias que reciben beneficios de FoodShare, el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR) o Beneficios en Efectivo **W-2**, pueden recibir comidas gratuitas sin importar sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratuitas si los ingresos brutos del hogar están dentro de los límites de la Guía de Elegibilidad Federal para Ingresos.
3. **¿LOS NIÑOS DE CRIANZA TEMPORAL PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** **Si, los niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o una corte, son elegibles para comidas gratuitas. Cualquier niño de crianza temporal en la familia es elegible para recibir comidas gratuitas sin importar el ingreso.**
4. **¿LOS NIÑOS SIN HOGAR, ESCAPADOS DEL HOGAR Y MIGRANTES PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATUITAS?** Si, los niños que cumplen con la definición de no tener hogar, que han escapado del hogar o son migrantes califican para comidas gratuitas. Si no le han dicho que sus hijos recibirán alimentos de forma gratuita, por favor llame o envíe un correo electrónico a **Carrie Dassow, Plymouth Jt. School District, 920-892-2661 x 1002** para ver si sus hijos califican.
5. **¿QUIÉNES PUEDEN RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO?** Sus hijos pueden obtener comidas a bajo costo si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la Guía de Elegibilidad Federal para Ingresos, los cuales se muestran en esta solicitud.
6. **¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS ESTÁN APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS DE FORMA GRATUITA?** Por favor lea la carta detenidamente y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **920-892-2661 x 1001** si tiene dudas.
7. **LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO COMPLETAR OTRA SOLICITUD?** Sí. La solicitud de su hijo solamente es útil para ese año escolar y para los primeros días de este año. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le diga que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
8. **ESTOY EN EL WIC. ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS DE FORMA GRATUITA?** Los niños en familias que participan en el WIC **pueden** ser elegibles para recibir alimentos a precio reducido o en forma gratuita. Por favor complete una solicitud.
9. **¿LA INFORMACIÓN QUE BRINDO SERÁ REVISADA?** Sí y podemos pedirle que nos envíe pruebas escritas.

10. ¿SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITARLO MÁS ADELANTE? Sí, puede solicitarlo en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que queda sin empleo pueden ser elegibles para comidas gratuitas y a precio reducido si el ingreso de la familia cae por debajo del límite de ingresos.
11. ¿QUÉ SUCEDE 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: **Clark Reinke, Superintendent, Plymouth Jt. School District, 125 Highland Ave., Plymouth, WI 53073, 920-892-2661 x 1003 or [creinke@plymouth.k12.wi.us](mailto:creinke@plymouth.k12.wi.us)**.
12. ¿PUEDO APLICAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE EE.UU.? Sí. Usted o su(s) hijo(s) no tienen que ser ciudadanos americanos para calificar y recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
13. ¿A QUIÉNES DEBERÍA INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA? Debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar, emparentados o no (como abuelos, otros familiares o amigos) que compartan ingresos y gastos. Se debe incluir usted mismo y todos los hijos que vivan con usted. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, personas a quienes no mantiene, que no comparten sus ingresos con usted o sus hijos y que pagan una cuota prorrateada por los gastos), no las incluya.
14. ¿QUÉ SUCEDE SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO? Detalle el monto que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente obtiene \$1000 por mes, pero si faltó al trabajo el último mes y sólo obtuvo \$900, ponga que obtuvo \$1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no lo haga si solamente trabaja horas extras algunas veces. Si ha perdido un trabajo o le han reducido su horario o salario, utilice su ingreso actual.
15. ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESO? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda para Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
16. MI CÓNYUGE ESTÁ DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGO POR COMBATE CUENTA COMO INGRESO? No, si el pago por combate lo recibe adicionalmente a su pago básico por su despliegue y no lo recibió antes de ser destinado, el pago por combate no cuenta como ingreso. Contacte a su escuela para más información.
17. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿EXISTEN OTROS PROGRAMAS A LOS CUALES PUEDO APLICAR? Para averiguar cómo aplicar a FoodShare u otros beneficios de asistencia, contacte a su oficina de asistencia local o llame al 1-800-362-3002.

If you have other questions or need help, call **920-892-2661 x 1001**.

*Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: **920-892-2661 X 1001**.*

*Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: **920-892-2661 x 1001***

Atentamente,

Jon J. Miller

# INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD

**Sección 1:** Todos los Miembros de la Familia (**un miembro de la familia es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Escriba el nombre de cada miembro de la familia, el nombre de la escuela a la cual asiste cada niño y el grado de cada uno. Si el niño es un niño de crianza temporal, marque la casilla para niño de crianza temporal. Si un miembro de la familia no tiene ingreso, marque la casilla sin ingreso. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños de crianza temporal, deben ser incluidos aquí. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.

**SI ALGUIEN EN SU FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DE FOODSHARE, BENEFICIOS EN EFECTIVO W-2, O DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTO EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR), SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.**

**Sección 2:** Detalle el número de caso para el miembro de la familia (adulto o niño) que recibe beneficios de **FoodShare** o **Beneficios en Efectivo W-2** o **FDPIR**.

**Sección 3:** Omite esta parte.

**Sección 4:** Omite esta parte.

**Sección 5:** Firme el formulario. No necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

**Sección 6:** Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

**SI PRESENTA LA SOLICITUD POR UN NIÑO QUE ESTÁ SIN HOGAR, ES MIGRANTE O SE ESCAPÓ DE SU HOGAR, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.**

**Sección 2:** Omite esta parte.

**Sección 3:** Marque la categoría adecuada y llame a Carrie Dassow, Plymouth Jt. School District, 920-892-2661 x 1002.

**Sección 4:** Omite esta parte.

**Sección 5:** Firme el formulario. No necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

**Sección 6:** Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

**SI PRESENTA LA SOLICITUD SOLAMENTE POR UNO O VARIOS NIÑO(S) DE CRIANZA TEMPORAL, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES. NO NECESITA COMPLETAR UNA SOLICITUD SEPARADA PARA CADA NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL EN SU FAMILIA. (SI HAY NIÑOS DE CRIANZA TEMPORAL Y NIÑOS QUE NO SON DE CRIANZA TEMPORAL EN SU FAMILIA, SIGA LAS INSTRUCCIONES DE ABAJO PARA TODAS LAS OTRAS FAMILIAS).**

**Si todos los niños en la familia son marcados como niños de crianza temporal en la Sección 1:**

**Sección 2:** Omite esta parte.

**Sección 3:** Omite esta parte.

**Sección 4:** Omite esta parte.

**Sección 5:** Firme el formulario. No necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

**Sección 6:** Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

**TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, incluyendo familias de WIC y familias con niños tanto de crianza temporal como no de crianza temporal, siga las siguientes instrucciones:**

**Sección 2:** Omite esta parte.

**Sección 3:** Si completa la solicitud para algún niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar marque la casilla apropiada y llame a Carrie Dassow, Plymouth Jt. School District, 920-892-2661 x 1002. De no ser así, omite esta parte.

**Sección 4:** Siga las siguientes instrucciones para informar el ingreso total de la familia en este mes o el anterior.

- **Sección 1–Nombre:** Detalle a todos los miembros de la familia que reciben un ingreso.
- **Sección 2 –Ingreso Bruto y Con qué Frecuencia se Recibió:** Detalle el ingreso de cada miembro de la familia. Marque la casilla para decirnos la frecuencia con la cual la persona recibe el ingreso—semanal, semana de por medio, dos veces al mes o mensual.
  - **Ingresos por Trabajo:** Detalle el **ingreso bruto**, no el pago neto. El ingreso bruto es el monto ganado *antes* de impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo. El ingreso neto *solo* debe ser informado si tiene su propio negocio, granja o ingreso por alquileres.
  - **Bienestar Social, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia:** Detalle el monto que cada persona recibe y marque la casilla para informarnos la frecuencia.
  - **Pensiones, Retiro, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por discapacidad.** Detalle el monto que recibe cada persona, y marque la casilla para informarnos la frecuencia con la cual lo reciben.
  - **Otros Ingresos:** Detalle la Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba semanalmente, cada semana de por medio, dos veces al mes, mensual, trimestralmente o de forma anual. No incluya el ingreso de FoodShare, FDPIR, WIC, beneficios Federales de educación y pagos de crianza temporal recibidos por su familia de parte de la agencia de colocación.
  - Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

**Sección 5:** Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario y detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social (o escribir “ninguno” si no lo tiene). Escribir “ninguno” no impide que su(s) hijo(s) califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

**Sección 6:** Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

# SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

## SECCIÓN 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste el niño, o indique "NA" si el miembro de la familia no está en la escuela	Grado	Marque si es un niño de crianza temporal (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte.) Si todos los niños listados abajo son niños de crianza temporal, <b>pase a la Sección 5</b> para firmar este formulario.	Marque si <b>NO</b> tiene ingreso
			<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"/>

## SECCIÓN 2. BENEFICIOS

SI **ALGÚN** MIEMBRO DE SU HOGAR RECIBE **FoodShare, FDPiR O BENEFICIOS W-2 en Efectivo**, PROPORCIONE EL NOMBRE Y NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS Y **PASE A LA SECCIÓN 5**. SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, AVANCE A LA SECCIÓN 3.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO

SI PRESENTA LA SOLICITUD PARA UN NIÑO SIN HOGAR, MIGRANTE O QUE SE ESCAPÓ DEL HOGAR, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A CARRIE DASSOW, PLYMOUTH JT. SCHOOL DISTRICT, 920-892-2661 X1002.

SIN HOGAR  MIGRANTE  ESCAPADO

## PARTE 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (ANTES DE DEDUCCIONES). DETALLE TODOS LOS INGRESOS EN LA MISMA LÍNEA PARA LA PERSONA QUE LOS RECIBE. Marque la casilla para la frecuencia con la cual los recibe. REGISTRE CADA INGRESO SÓLO UNA VEZ. SI PROPORCIONÓ UN NÚMERO DE CASO EN LA SECCIÓN 2, **no** necesita brindar información de ingreso.

1. NOMBRE (Liste solo los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE															
	Ingreso por trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, Manutención Infantil, Pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, retiro, Seguridad Social SSI beneficios a VA	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todo Otro Ingreso (indique frecuencia, como "semanal" "mensual" "trimestral" "anual")
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / trimestral
	\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ /

## SECCIÓN 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si se completa la Sección 4, el adulto que firma el formulario además debe detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social o escribir "ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social.** (Ver la Declaración de Privacidad en el reverso de esta hoja.)

*Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si brindo información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado.*

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Escriba el nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social (Escriba "Ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social): \* \* \* - \* \* - \_ \_ \_ \_

## SECCIÓN 6. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una <i>etnia</i> :	Elija una o más (sin importar la <i>etnia</i> ):
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

**NO COMPLETAR. 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: \_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_

Reason: \_\_\_\_\_

Temporary: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_ days)

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

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

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

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro o por debajo del límite en este cuadro.

**Declaración de Privacidad: Explica cómo usaremos la información que nos brinda.**

La ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando solicita en nombre de un niño de crianza temporal o da un número de caso de FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2 o Programa de Distribución de Alimento en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación 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 programa y con funcionarios de aplicación de la ley para ayudarles a investigar violaciones a las reglas del programa.

CUADRO DE INGRESO DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el Año Escolar 2011-2012

Tamaño de la Familia	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Cada persona adicional:	\$7,067	\$589	\$136

**Declaración de No Discriminación:** Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

# INFORMACION PARA COMPARTIR CON MEDICAID/BADGERCARE

Estimado Padre/Tutor:

Si sus hijos reciben comidas escolares gratuitas o a precio reducido, también podrían recibir un seguro de salud gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (BadgerCare). Los niños con seguro de salud tienen más posibilidades de recibir atención médica regular y son menos propensos a faltar a la escuela por enfermedad.

Debido que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, *la ley nos permite informarle a Medicaid y BadgerCare que sus hijos son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, a menos que usted nos diga que no lo hagamos.* Medicaid y BadgerCare solamente usan la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden contactarlo para ofrecerle inscribir a sus hijos. Completar la Solicitud para Comida Escolar Gratuita y a Precio Reducido no inscribe a sus hijos automáticamente en el seguro de salud.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o BadgerCare, complete el formulario de abajo y envíelo (Enviar este formulario no afectará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido).

**¡No! NO** deseo que compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil del Estado (BadgerCare).

Si marcó No, complete el formulario de abajo para asegurarse que su información NO será compartida para el/los niño(s) listado(s) abajo:

Nombre del Niño:

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño:

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño:

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño:

Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre /Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el  
Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para más información, puede llamar a **Jon J. Miller al 920-892-2661 x 1001** o **enviar un correo electrónico** [jomiller@plymouth.k12.wi.us](mailto:jomiller@plymouth.k12.wi.us).

Devuelva este formulario a: **125 Highland Ave., Plymouth, WI 53073 para September 30, 2011.**

# INFORMACIÓN PARA COMPARTIR CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, podemos compartir la información que nos brindó en su Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con otros programas para los cuales sus hijos pueden calificar. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. Enviar este formulario no afectará si sus hijos reciben comidas gratuitas o a precio reducido.

- 
- ¡NO! Yo **NO QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido con ninguno de estos programas. **Yo voy a pagar todos los honorarios de la escuela.**
- ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido sea compartida con los oficiales de la escuela **para que no tenga que pagar los honorarios de inscripción para mi(s) hijo(s)/hijas(s).**

Si marcó sí en alguna o todas las casillas de arriba, complete el formulario de abajo para asegurarse que su información se compartirá para el/los niño(s) listados a continuación. Su información solo se compartirá con los programas que marcó.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Firma del Padre /Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba el nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Para obtener información adicional, puede llamar a **Jon J. Miller** al 920-892-2661 x 1001 o **enviar un correo electrónico** a [jomiller@plymouth.k12.wi.us](mailto:jomiller@plymouth.k12.wi.us).

Devuelva este formulario a: **125 Highland Ave., Plymouth, WI 53073 para September 30, 2011.**