

Oficina de Nutrición y Servicios de Comida
Distrito Escolar del Condado de Charleston (siglas en inglés CCSD)

Estimado Padre/Tutor:

Año Escolar 2020-2021

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Su hijo(a) puede cualificar para comidas a precio reducido o gratuito, si el total de los ingresos de **todos** viviendo en la casa se encuentran en la Tabla **Federal de Ingresos**. No hay que llenar la solicitud si es seguro que no cualifica.

Tabla Federal de Ingresos
1 de julio del 2020 al 30 de junio del 2021

Número de personas en la casa	Annual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
(1)	23,606	1,968	984	908	454
(2)	31,894	2,658	1,329	1,227	614
(3)	40,182	3,349	1,675	1,546	773
(4)	48,470	4,040	2,020	1,865	933
(5)	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
(6)	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
(7)	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
(8)	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570

Por cada miembro familiar más	+8,288	+691	+346	+319	+160
-------------------------------	--------	------	------	------	------

El Distrito Escolar del Condado de Charleston (CCSD) provee comidas saludables todo el año escolar: El desayuno a \$1.40 (precio reducido \$.30) y el almuerzo a \$2.25 (precio reducido \$.40).

Hay dos maneras de solicitar

- (1) Llene la solicitud de papel; o
- (2) Vaya al sitio: www.LunchApplication.com
Haga "clic" en "Solicitar Ahora".

Preguntas Frecuentes:

1. ¿Necesito llenar una solicitud por cada niño(a)?

No. Use una (1) solicitud para **todos los estudiantes** en su casa.

2. ¿Quién puede recibir comidas gratis? Los niños de familias que reciben Cupones de Alimentos (SNAP/Food Stamps) o Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y la mayoría de los niños "Foster" pueden recibir comidas gratis sin tener en cuenta su ingreso. Además, sus niños pueden recibir comidas gratuitas si el ingreso bruto del hogar está dentro de los límites de comidas gratuitas conforme a las Guías de Ingresos Federales.

3. ¿Quién puede recibir comidas a precio reducido? Sus niños pueden recibir comidas, a precio reducido, si el ingreso bruto del hogar está dentro de los límites de comidas a precio reducido conforme a las Tablas de Ingresos Federales.

4. ¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar? Debe incluir todas las personas viviendo en su casa, ya sean parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse usted mismo(a) y todos sus niños quienes viven con usted.

5. La solicitud de mi niño fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra aplicación? ¡Sí! La solicitud de su niño solamente es válida por un año escolar y para los primeros días escolares del nuevo año escolar.

6. ¿Qué pongo si mi ingreso no es siempre lo mismo? Ponga la cantidad que usted recibe normalmente. Por ejemplo, si usted gana \$1,000 mensual, pero faltó unos días al trabajo en el último mes y solo recibió \$900, ponga que gana \$1,000 mensual. Si usted normalmente recibe pago de sobre tiempo, inclúyalo, pero si sólo lo recibe a veces no lo debe incluir.

7. Estamos en las fuerzas armadas. ¿Debemos incluir el subsidio para vivienda como ingreso? Si su casa es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda como ingreso. Los demás ingresos deben incluirse en su ingreso bruto.

8. Mi esposo(a) está sirviendo en una zona de combate. ¿Su ingreso debe ser contado como ingreso? No. Ese pago adicional no se incluye como ingreso. Contáctese con la oficina de procesamiento al (843) 746-1375 para más información.

9. ¿Reciben los niños sin hogar, fugados de casa, migrantes y "Head Start" comidas gratuitas? Sí, los niños sin hogar, fugados de casa o migrantes, cualifican para comidas gratuitas. Los niños en el programa Head Start cualifican para comidas gratuitas. Si nadie le ha informado que su niño(a) recibirá comidas gratuitas y es elegible como niño sin hogar o migrante por favor llame a Sonya Jones al (843) 937-6396 o envíele un correo electrónico al sonya_jones@charleston.k12.sc.us para ver si cualifica. Si su niño está aprobado para el programa "Head Start" y no está recibiendo comidas gratuitas, por favor llame a Ethel Stormer al (843) 901-3973 o mándele un correo electrónico a ethel_stormer@charleston.k12.sc.us.

10. Recibo WIC. ¿Pueden mis niños recibir comidas gratuitas? Los niños en la casa quienes participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una solicitud.

11. **¿Debo llenar una solicitud si recibí una carta de la escuela diciendo que mis niños están aprobados para comidas gratuitas o a precio reducido?** Por favor lea cuidadosamente la carta que usted recibió y siga las instrucciones. Si tiene preguntas, llame español 843.574.2387/574.2386 o a la Oficina de Nutrición y Servicios de Comida al (843) 746-1375 (fuera de Charleston, llame gratis al (800) 241-8898)
12. **¿Debo aplicar si alguien en mi casa no es un(a) ciudadano(a) de los Estados Unidos?** Sí. usted o su(s) niño(s) no tienen que ser un(a) ciudadano(a) de los Estados Unidos para calificar para comida escolar gratuitas o a precio reducido.
13. **¿Será verificada la información que le doy?** Sí, tal vez le pidamos que envíe información escrita de verificación.
14. **¿Cómo voy a saber si mi solicitud está aprobada?** Ustedes serán notificados por correo cuando la decisión sea hecha y el estado de comida de su niño(a) será transferida automáticamente al sistema computarizado de la cafetería en la escuela de su niño(a). **Los beneficios empiezan el día que su solicitud es procesada y aprobada en la oficina. Por favor anote que nuevos estudiantes al distrito deben pagar el precio completo por las comidas hasta que sus solicitudes sean aprobadas.** Para comprobar el estado de su solicitud contáctese con el/la encargado(a) de la cafetería en su escuela o llame a la oficina de ESOL al (843) 574.2387/574.2386.
15. **¿Si no cualifico ahora, puedo aplicar más tarde?** Sí. Puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar si el número de las personas en su casa aumenta, su ingreso baja o si comienza a recibir SNAP, TANF u otros beneficios. Si usted pierde su trabajo, su(s) niño(s) podría(n) recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
16. **¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela en referencia a mi solicitud?** Oficina de Nutrición y Servicios de Comidas (843) 746-1375 (fuera de Charleston, llame gratis al (800) 241-8898) o para español llame al (843) 574.2387/574.2386. Puede también solicitar una audiencia escribiendo al: Director, Office of Nutrition and Food Service, 3999 Bridge View Drive, North Charleston, SC 29405.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas para los cuales podemos aplicar?** Para informarse sobre cómo aplicar para otros beneficios de apoyo, llame a 1-866-892-9211 o llame a la escuela de su niño(a).

Para recibir comidas gratuitas o a precio reducido durante el año escolar **2020-21**, su niño(a) debe tener una **nueva** solicitud en nuestros archivos. No podemos aprobar una solicitud que no sea completa. **Incluya toda la información necesaria y escriba claramente.** Envíe su solicitud completa por correo a: School Meals Application, CCSD Office of Nutrition and Food Service, 3999 Bridge View Drive, North Charleston, SC 29405 o **devuélvala a la escuela de su niño(a)**. También se puede solicitar por internet al visitar **www.LunchApplication.com**.

Todas las solicitudes son enviadas a la Oficina de Nutrición y Servicios de Comida donde son procesadas y guardadas en los archivos. La información, en su solicitud, es estrictamente confidencial y su niño(a) no será identificado(a) explícitamente si es aprobado(a) para recibir comida gratis o a precio reducido. Todas las cafeterías están equipadas con un sistema computarizado en la caja de pago (Point of Sale), el cual permite que cada estudiante tenga un número de servicio sin tener en cuenta el estado de su comida.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda, llame al (español) 843.574.2387/574.2386.

Sinceramente,

Charleston County School District
Nutrition Services Office

Declaración de Acta de Privacidad: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles. (No todos los bases se prohibidos aplican a todos los programas). La información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) que administran el programa o el centro de USDA TARGET al **(202) 720-2600** (voz y TTY) o el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al **(800) 877-8339**.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al **(866) 632-9992**.

Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO 2020-21

¿Necesita Ayuda? Llame (español-574-2387 o 574-2386) o 746-1375 o 1-800-241-8898 (fuera de Charleston)
 Devuelva esta solicitud completa a la escuela de su niño/a o por correo directamente a la oficina de procesamiento
 a: School Meals Application, CCSD Nutrition Services, 3999 Bridge View Drive, North Charleston, SC 29405
***** Opción - Si usted prefiere, podrá solicitar por Internet al www.LunchApplication.com *****
 Usted será notificado(a) después que su solicitud haya sido procesada.

Instrucciones:

- Si usted recibe Cupones de Alimentos o TANF, llene las Partes 1, 2 y 5 (No se requiere número de seguro social).
- Si usted NO recibe Cupones de Alimentos (SNAP) (solicitud basada en ingresos económicos), llene las Partes 1, 4 y 5.
- Si usted tiene un niño "foster" (*responsabilidad legal de una agencia o corte*):
Si todos los niños en el hogar son niños "foster", llene Parte 1 (marque la caja indicando que cada niño es un niño "foster" y Parte 5 (No se requiere número seguro social).
Si solamente algunos niños en el hogar son niños "foster", llene Parte 1 (marque la caja si el niño es un niño "foster"), Parte 4 y Parte 5.
- Si el estudiante no tiene hogar, es migrante o fugado de su hogar, llene Partes 1, 3, 4, y 5.

Por favor provea toda la información necesaria.

Solicitudes incompletas serán devueltas.

Parte 1 – NIÑOS EN EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHARLESTON:

Anote todos los niños en la misma solicitud. Llene solamente una solicitud por casa.

Primer Nombre Inicial 1er Apellido 2º Apellido (Escriba el nombre como aparece en el Certificado de Nacimiento)	Escuela	Grado	Indique si es un niño "foster" (responsabilidad legal de una agencia o corte)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2 – SI USTED RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP o conocido como FOOD STAMPS) o TANF, LLENE ESTA PARTE: Si un miembro de su casa recibe Cupones para Alimentos (SNAP o TANF), provea el nombre y número de su caso por la persona que recibe los beneficios.

Nombre: _____ Número de caso _____ **NO PONGA SU NÚMERO DE EBT.**

Si usted no sabe su número de caso, llame al encargado de su caso o a la oficina de DSS al 953-9400.

Vaya a la Parte 5 (en la parte de atrás)

Parte 3 – MARQUE LA CAJA ABAJO SI EL NIÑO(A) NO TIENE HOGAR, FUGADO DE SU HOGAR, MIGRANTE o PARTE DEL PROGRAMA HEAD START (Llame a Sonya Jones, coordinadora del programa, al (843)937-6396 si usted marcó una de estas opciones.)

No tiene Hogar Migrante Fugado de su hogar Head Start **Vaya a la Parte 4**

Parte 4 – SI USTED NO RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP, TANF), debe escribir cuánto gana cada persona

en la casa y con qué frecuencia recibe el pago:)

- (1) *En el espacio de abajo, escriba el nombre de cada persona viviendo en su dirección, ya sean o no parientes (tales como abuelos, otros parientes o amigos).*
- (2) *Al lado del nombre de cada persona, escriba la cantidad y el tipo de ingreso que ellos reciben, y con qué frecuencia lo reciben. Marque en el bloque correspondiente si ningún ingreso fue recibido. Cualquier ingreso que está dejado en blanco es una indicación que no hay ingresos para reportar.*

Columna 1: Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó de su trabajo. **INGRESO BRUTO ES LA CANTIDAD GANADA ANTES DE IMPUESTOS Y OTRAS DEDUCCIONES. NO ESCRIBA EL INGRESO NETO QUE LLEVA AL HOGAR.** Al lado de la cantidad, escriba **CON QUE FRECUENCIA** la persona lo recibió (ejemplo: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente).

Columna 2: Escriba **asistencias de beneficios sociales, sustentos de menores o pensión de divorcio** recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 3: Escriba **pensiones, pensión de jubilación, Ingresos de Seguro Social, Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y beneficios por incapacidad** recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 4: Escriba los **beneficios de Desempleo o Compensación Laboral** recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 5: Escriba **otros ingresos: Beneficios de Veteranos, beneficios militares recibidos en efectivo, beneficios de huelga, CONTRIBUCIONES REGULARES DE PERSONAS QUE NO VIVEN EN SU CASA y CUALQUIER OTRO INGRESO** (cantidades en efectivo recibido o quitado de cuentas de ahorro, inversiones, cuentas de registro u otras fuentes). Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba **CON QUE FRECUENCIA** lo recibió. Si usted es parte de la **Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares** no incluya el subsidio para vivienda.

<p>1. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____</p> <p>Escriba el nombre de cada persona que vive con usted en las líneas abajo.</p> <p>(Vaya a la Parte 5 si usted puso su número de caso por los Cupones de Alimentos (SNAP /TANF) en la Parte 2)</p>	<p>2. Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) para CADA miembro de la casa y con que frecuencia es recibido:</p> <p>Ejemplo: Semanal - Quincenal - Dos Veces al Mes - Mensual - Anual</p> <p><i>Si la persona no recibió ingresos, marque el bloque en la última columna</i></p>					
	Columna 1 Ganancias del trabajo antes de deducciones	Columna 2 Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Columna 3 Pensiones, Pensiones de Jubilación, Ingresos de Seguro Social, SSI, Beneficios por Incapacidad	Columna 4 Beneficios de Desempleo, Compensación Laboral	Columna 5 Otros Ingresos	Marque si No hay Ingresos
1.	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
2.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
3.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
4.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
5.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
6.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ / _____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Añada otra página si es necesario.

Vaya a la Parte 5

Parte 5 – Firma y Número de Seguro Social: Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si llena la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que: **“No tengo número de Seguro Social”**. Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Comprendo que la información otorgada en esta solicitud puede ser usada para verificar la elegibilidad para beneficios en el Programa Nacional de Almuerzos en las Escuelas con las agencias de Medicaid como parte de la participación en Verificación de Medicaid. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi niño puede ser compartido como es permitido por ley.

Firma: _____ Fecha: _____ Número Telefónico: () _____

Nombre Deletreado: _____ Tel. del día: _____

Nº de Seguro Social de la persona que firma: - - No tengo número de Seguro Social

Dirección: _____ # del Apto./Lote: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Parte 6 – Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales: Asiática De raza negra o Afro-Americana

Indígena Norteamericana o Nativa de Alaska Hawaiana o de otra isla del Pacífico Blanca Otra

Marque una identidad étnica: Hispana o Latina Ni Hispana ni Latina