

Estimado Padre/Tutor:

Año Escolar 2021-2022

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. El Distrito Escolar del Condado de Charleston ofrece comidas saludables todos los días escolares.

Las comidas son “sin costo” para el año escolar 2021-2022, pero se recomienda encarecidamente completar una solicitud. Las aplicaciones aprobadas pueden asegurar beneficios adicionales (ejemplo anterior, tarifas SAT con descuento o exención, tarjetas P-EBT).

Tabla de Ingresos Federales
a partir del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Dos Veces Por Mes	Cada Dos Semanas	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

Su hijo puede calificar para comidas gratis O a precio reducido si su ingreso familiar bruto está dentro de los límites de esta tabla.

Si sus ingresos exceden las pautas, no es necesario que presente la solicitud.

Para cada miembro adicional de la familia, agregue	8,399	700	350	324	162
--	-------	-----	-----	-----	-----

- Hay dos maneras de aplicar: (1) Complete una solicitud en papel tradicional; o (2) Solicite en línea en www.LunchApplication.com

Preguntas frecuentes:

1. **¿Necesito completar una solicitud para cada niño?** No, Utilice una Solicitud de comidas escolares gratuitas o de precio reducido para todos los estudiantes de su hogar.
2. **¿Quién puede recibir comida gratis?** Los niños en hogares que reciben SNAP (anteriormente Cupones para Alimentos) o TANF y los niños de crianza pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratis si los ingresos de su hogar se encuentran dentro de los límites gratuitos de las Pautas federales de ingresos.
3. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a bajo costo si los ingresos de su hogar se encuentran dentro de los límites de precio reducido de las Pautas federales de ingresos.
4. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluir a TODAS las personas que viven en su hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted..
5. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otro?** Sí, la solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que haya recibido un Aviso de elegibilidad predeterminada.
6. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre los mismos?** Indique la cantidad bruta que recibe normalmente. Por ejemplo, si normalmente recibe \$ 1000 por mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$ 900, anote que recibe \$ 1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no si las recibe solo algunas veces.
7. **Estamos en el militar; ¿incluimos nuestro subsidio de vivienda como ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluya su asignación para vivienda como Ingresos. Todas las demás asignaciones deben incluirse en sus ingresos brutos.
8. **Mi cónyuge está enviado a una zona de combate. ¿Su salario por combate se cuenta como ingreso?** No, si el pago por combate se recibe además del pago básico debido al despliegue y no se recibió antes de ser desplegado, el pago por combate no se cuenta como ingreso. Comuníquese con la oficina de procesamiento al 843-746-1375 para obtener más información.
9. **¿Pueden los niños sin hogar, fugitivos, migrantes y de Head Start recibir comidas gratis?** Sí, los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes califican para recibir comidas gratis. Los niños en el programa Head Start califican para comidas gratis. Si no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratis y cumple con la definición de fugitivo o migrante sin hogar, llame o envíe un correo electrónico a Sonya Jones al 843-937-6396 o sonya_jones@charleston.k12.sc.us para ver si calificar. Si su hijo es aprobado para el programa Head Start y no recibe comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a Ethel Stormer al 843-901-3973 o ethel_stormer@charleston.k12.sc.us
10. **Recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Los niños de hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido. Por favor llene una solicitud.

11. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar que dice que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis oa precio reducido?** Lea atentamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la Oficina de Servicios de Nutrición y Alimentos al 843-746-1375 (fuera de Charleston, llame gratis al 1-800-241-8898) si tiene preguntas.
12. **¿Puedo presentar una solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano de los EE. UU.?** Sí, usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los EE. UU. Para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.
13. **¿Se comprobará la información que proporcione?** Si, podemos pedirle que envíe una prueba escrita.
14. **¿Cómo sabré si se aprueba mi solicitud?** Se le notificará por correo una vez que se haya tomado una determinación. El estado de las comidas de su hijo se descargará automáticamente al sistema informático de la cafetería. Los beneficios comienzan el día en que se procesa y aprueba su solicitud en la oficina comercial. Tenga en cuenta que los estudiantes nuevos en el distrito deben pagar el precio completo de las comidas hasta que se aprueben sus solicitudes. Si no recibe una carta de notificación o para verificar el estado de su solicitud, comuníquese con el gerente de la cafetería de la escuela de su hijo o llame a la oficina de procesamiento al 843-746-1375.
15. **Si no califico ahora, ¿puedo presentar una solicitud más tarde?** Si. Puede presentar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su hogar aumenta, los ingresos disminuyen o si comienza a recibir Cupones para Alimentos, TANF u otros beneficios. Si pierde su trabajo, es posible que su (s) hijo (s) puedan recibir comidas gratis oa precio reducido.
16. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con el Coordinador de Comidas Gratis y de Precio Reducido al 843-746-1375 (fuera de Charleston, llame gratis al 1-800-241-8898). También puede solicitar una audiencia escribiendo a: Director, Office of Nutrition and Food Services, 3999 Bridge View Drive, Charleston, SC 29405.
17. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para saber cómo solicitar SNAP u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame a su escuela para obtener ayuda.

Para recibir comidas gratis oa precio reducido durante el año escolar 2021-2021, su hijo debe tener una solicitud en el archivo. No podemos aprobar una solicitud incompleta o ilegible. Complete toda la información requerida e imprima claramente. Envíe su solicitud completa a: **CCSD Nutrition Services Office, School Meals Application, 3999 Bridge View Drive, Charleston, SC 29405** . O devuélvalo a la escuela de su hijo. Si lo prefiere, también puede presentar su solicitud en línea en **www.LunchApplication.com**.

Todas las solicitudes se envían a la Oficina de Servicios de Nutrición donde se procesan y se archivan. La información reportada en su solicitud se mantiene estrictamente confidencial y su hijo no será identificado abiertamente si se aprueba para recibir comidas gratis oa precio reducido. Todas las cafeterías están equipadas con un sistema informático de punto de venta que permite que cada estudiante tenga un número de servicio personal independientemente del estado de las comidas.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al 746-1375 (fuera de Charleston, llame gratis al 1-800-241-8898).

Sinceramente,

*Distrito Escolar del Condado de Charleston
Oficina de Servicios de Nutrición*

Las solicitudes en español están disponibles en la escuela de su niño(a).
¿Preguntas? ¿Necesita Ayuda? Llame al (843) 860-5891

Declaración de no discriminación del USDA: 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 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 del programa por discriminación, 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 una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632- 9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO 2021-2022

¿Preguntas? ¿Necesitas ayuda? Llame al 843-746-1375 o al 1-800-241-8898 (fuera de Charleston)

Para asistencia en Español, llame al 843-860-5891

Devuelva su solicitud completa a la escuela de su hijo o envíela directamente a la oficina de procesamiento al:

CCSD Nutrition Services, School Meals Application, 3999 Bridge View Drive, North Charleston, SC 29405

**** Opción en Línea – Si lo prefiere, puede presentar su solicitud en línea en www.LunchApplication.com ****

Se le notificará por correo después de que se procese su solicitud.

Instrucciones:

- Si recibe SNAP (Cupones para alimentos) o TANF, complete las Partes 1, 2 y 5 (no es necesario un número de seguro social)
- Si NO recibe SNAP (la solicitud se basa en los ingresos), complete las Partes 1, 4 y 5.
- Si tienes un hijo adoptivo:
 - Si todos los niños en el hogar son niños adoptivos, complete la Parte 1 (marque la casilla que indica que cada niño es un niño de crianza) y la Parte 5 (no es necesario un número de seguro social).
 - Si solo algunos de los niños en el hogar son niños adoptivos, complete la Parte 1 (marque la casilla si el niño es un niño adoptivo), la Parte 4 y la Parte 5.
- Si el estudiante tiene ventaja, no tiene hogar, es migrante o ha huido de su hogar, complete las Partes 1, 3, 4 y 5.

Proporcione TODA la información requerida e imprima claramente.

Se devolverá la solicitud incompleta.

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

Enumere a todos los niños en la misma aplicación. Complete solo una solicitud en su hogar.

Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido (Escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento)	Escuela	Grado	Verifique si un niño adoptivo (Responsabilidad legal de la agencia de asistencia social o el tribunal)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2 – SI RECIBE SNAP (ANTES CUPONES DE ALIMENTOS) O TANF, COMPLETE ESTA PARTE:

Si algún miembro de su hogar recibe SNAP o TANF, proporcione el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios:

Nombre: _____ #del Casa: _____ **(NO PONGA SU NÚMERO EBT)**

Si no sabe su número de caso, llame a su asistente social oa la oficina del DSS al 843-953-9400.

Vaya a la Parte 5 (en la parte posterior)

Parte 3 – COLOQUE UN CHEQUE EN LA CAJA DE ABAJO SI UN NIÑO ES SIN HOGAR, MIGRANTE, FUGIADO O HEAD START

(Llame al coordinador de personas sin hogar / migrantes / fugitivos al 843-937-6396, si seleccionó personas sin hogar, migrantes o fugitivos).

Sin Hogar Emigrant Fugitive Head Start

Vaya a la Parte 4 (en la parte posterior)

Parte 4 – SI NO RECIBE SNAP, debe decirnos cuánto gana y con qué frecuencia:

- (1) *En el espacio a continuación, escriba el nombre de **CADA** persona que viva en su dirección, pariente o no (como abuelos, **TODOS** los estudiantes de **CUALQUIER** escuela, otros parientes o amigos).*
- (2) *Junto al nombre de cada persona, indique la cantidad y el tipo de ingresos que reciben y la frecuencia con la que los reciben. Marque la casilla si no recibió ingresos o anote cero. Cualquier campo de ingresos que se deje en blanco es una indicación de que no hay ingresos que informar.*

Columna 1: Enumere los ingresos brutos que cada persona obtuvo del trabajo. **EL INGRESO BRUTO ES LA CANTIDAD GANADA ANTES DE IMPUESTOS Y OTRAS DEDUCCIONES. NO PONGA LLEVAR A CASA PAGO.** Junto a la cantidad, escriba CON QUÉ FRECUENCIA la recibió la persona (ejemplo: semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual o anual).

Columna 2: Indique cualquier asistencia social, manutención infantil o pensión alimenticia recibida y CON QUÉ FRECUENCIA.

Columna 3: Indique todas las pensiones, jubilación, seguridad social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y beneficios por discapacidad recibidos y CON QUÉ FRECUENCIA.

Columna 4: Enumere los beneficios de desempleo por compensación laboral recibidos y CON QUÉ FRECUENCIA.

Columna 5: Indique cualquier otro ingreso: Beneficios para veteranos (VA), beneficios militares recibidos en efectivo, beneficios por huelga, **CONTRIBUCIONES REGULARES DE PERSONAS QUE NO VIVEN EN SU HOGAR** y CUALQUIER OTRO INGRESO (cantidades en efectivo recibidas o retiradas de ahorros, inversiones, cuentas fiduciarias u otros recursos). Declare los ingresos **NETOS** de los ingresos de negocios, granjas o alquileres de propiedad propia. Junto a la cantidad, escriba con qué frecuencia se recibió. Si participa en la Iniciativa de privatización de viviendas para militares, no incluya esta asignación de vivienda.

<p>1. 1. ¿Cuántas personas viven en el hogar?</p> <p>_____</p> <p>Escriba el nombre de cada persona a continuación. (Omita esta parte si pone su número de caso SNAP en la Parte 2)</p>	<p>2. Ponga el ingreso bruto (antes de las deducciones) de CADA miembro del hogar y la frecuencia con que lo recibe: <u>Ejemplo:</u> Semanalmente - Cada dos semanas - Dos veces al mes - Mensualmente – Anualmente Si la persona no recibió ingresos, marque la casilla en la última columna</p>					
	<p>Columna 1 Ingresos del trabajo antes de las deducciones (No se lleva a casa)</p>	<p>Columna 2 Bienestar, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia</p>	<p>Columna 3 Pensiones, Jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios por discapacidad</p>	<p>Columna 4 Desempleo, Compensación de Trabajadores</p>	<p>Columna 5 Otro Ingreso</p>	<p>Marque si Sin ingresos</p>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	Cantidad/¿Con qué frecuencia? \$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Adjunte otra hoja de papel si necesita

Vaya a la Parte 5

Parte 5 – Firma y Número de Seguro Social: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla “No tengo un Número de Seguro Social”. 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 en base a la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede usarse para verificar la elegibilidad de mi hogar para los beneficios del Programa Nacional de Almuerzos Escolares con agencias de Medicaid como parte de la participación del estado en la Verificación de Medicaid. Entiendo que si doy información falsa a propósito, es posible que los niños pierdan los beneficios de las comidas y que yo sea procesado. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede compartirse según lo permita la ley.

Firma Aquí: _____ Fecha: _____ Teléfono: (____) _____
 Escriba su nombre aquí: _____ Celular: (____) _____
 Número de Seguro Social del Firmante: X X X-X X- _____ o No tengo un Número de Seguro Social
 Calle: _____ Apto/Lot #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Correo Electrónico: _____

Parte 6 – Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)

- Marque una o más identidades raciales: Asiática Negra o afroamericana India americana o nativa de Alaska
 Nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico Blanca Otra
- Marque una identidad étnica: hispana or latina No hispana o latina