



# Atlantic City Board of Education Food Service Department

1300 Atlantic Avenue – 5<sup>th</sup> Floor, Atlantic City, New Jersey 08401  
(609) 343-7200 ext. 5032 ▪ Fax (609) 347-1549

Ms. Terri Bethea  
Coordinator

Estimados Padres/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. **ATLANTIC CITY BOE** ofrece alimentación sana todos los días. Sus niños podrían calificar para recibir comida gratuita o de precio reducido.

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	Elemental	Intermedia	Superior	Elemental	Intermedia	Superior
Almuerzo	\$2.70	\$2.70	\$3.00	\$0.40	\$0.40	\$0.40
Desayuno	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Meriendas despues del dia escolar	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programa de Leche	N/A	N/A	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Programa de medio dia de leche en Kindegarten	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
N/A - No Aplicable						

Este paquete incluye una solicitud para recibir los beneficios de comida gratuita o de precio reducido, y también instrucciones detalladas para llenarla.

Abajo hay algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarles a ustedes con la solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDA GRATUITA O DE PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en los hogares que reciben beneficios de **NJ SNAP o NJ TANF/WorkFirst-NJ**.
- Niños adoptivos temporales (foster) que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster) o de una corte.
- Niños que participan en el Programa Head Start de su escuela.
- Niños que cumplen con la definición de "sin casa", "fugitivo", o "migrante".
- Los niños de hogares donde el ingreso encaja en o debajo de los límites de las Normas Federales de Elegibilidad por Ingresos.

## COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

---

Querido Padre de Familia/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de llenar la solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envíela. (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

---

- No.** Yo **NO QUIERO** que la información de mi solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (NJ FamilyCare).

**Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.**

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

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

Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Devuelva esta hoja a la escuela de su hijo si usted **NO** desea que esta información sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.

# Modelo de Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2017-2018

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de escribir a máquina o usar un bolígrafo (no lápiz).

Solicitud tambien disponible en:

## PASO 1

Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."  
**Niños adoptivos temporales (foster)** que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

### Primer Nombre del Niño


### IM


### Apellido del Niño [pulse la barra espaciadora para avanzar] ESCUELA


¿Estacione en el jardín escolar aquí?		
SI	No	
Indique todo lo que sea pertinente:		

Microchips:  Sin hogar:  Fugitivo:

## PASO 2

¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Si  No

No. de Caso:

Escriba sólo un número de caso en este espacio.

Si usted indicó NO > Complete PASO 3. Si usted indicó SI > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No complete el PASO 3)

## PASO 3

Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó "Si" en el PASO 2)

La segunda página tiene un grafico "Fuentes de ingreso" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará a responder a la pregunta sobre el ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará a responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B). SCHOOL USE ONLY  
 DO Initial: \_\_\_\_\_  
 Approval Date: \_\_\_\_\_  
 F  R  D   
 (Círcle Eligibility)

A. Ingreso del Niño	Ingresos			Asistencia pública/ manutención de menores o pensión marital			Pensión/públicación/ otros ingresos			Indique si no hay SSN			
	semana quincenal	2x mes	1x mes	semana quincenal	2x mes	1x mes	semana quincenal	2x mes	1x mes		semana quincenal	2x mes	1x mes
Nombres y apellidos de los adultos del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster). Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.	\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/>
	\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/>
	\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/>
	\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/>
	\$			\$			\$			\$			<input type="checkbox"/>

## PASO 4

Información de contacto y firma de adulto

\*Certifico (juro) que toda la información es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.\*

Calle y número de casa (si está disponible)  Apartamento #

Estado  Código Postal

Ciudad  Teléfono y correo electrónico (opcional)

Nombre del adulto que completa el formulario (Favor escribir en letra de molde):  Fecha de hoy:

Firma del adulto que llenó el formulario: