

Preguntas Frecuentes Sobre Las Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Apreciado Padre/Guardian:

Los estudiantes necesitan comidas saludables para aprender. Butler Tech ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta \$2.55 y el almuerzo cuesta \$4.00. **Sus estudiantes pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido.** El precio reducido es de \$0.00 para el desayuno y \$0.00 para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para beneficios de comidas gratis o a precio reducido e instrucciones detalladas. A continuación, encontrará preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Todos los estudiantes de hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Ohio Works First (OWF); los estudiantes en hogares de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o de un tribunal; los estudiantes que participan en el programa Head Start de su escuela; y los estudiantes que cumplen con la definición de personas sin hogar, fugitivos o migrantes son elegibles para comidas gratis. Además, sus estudiantes pueden recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las pautas federales de elegibilidad por ingresos.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2026-2027			
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$29,526	2,461	568
2	40,034	3,337	770
3	50,542	4,212	927
4	61,050	5,088	1,175
5	71,558	5,964	1,377
6	82,066	6,839	1,579
7	92,574	7,715	1,781
8	103,082	8,591	1,983
Cada persona adicional	10,508	876	203

2. **¿Cómo sé si mis hijos califican como personas sin hogar, migrantes o fugitivos?** Si los miembros de su hogar no tienen una dirección permanente; permanecen juntos en un refugio, hotel u otro alojamiento temporal; se trasladan de manera estacional; o viven con usted niños que han decidido abandonar su familia u hogar anterior, los niños pueden calificar como personas sin hogar, migrantes o fugitivos. Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico a Tony Huff a Hufft@butlertech.org o al 513-645-8270 para verificar si califican.
3. **¿Necesito llenar una solicitud para cada niño?** No. Use una sola solicitud de comidas escolares gratis y a precio reducido para todos los estudiantes de su hogar. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa. Envíe toda la información requerida. **Devuelva la solicitud completa a Jeffery Harrison, 3603 Hamilton Middletown Rd. Fairfield Township, Ohio 45011, 513-645-8316.**
4. **¿Debo completar una solicitud si recibí una carta este año escolar diciendo que mis hijos ya están aprobados para comidas gratis?** No, pero lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Si algún niño de su hogar no aparece en la notificación de elegibilidad, comuníquese inmediatamente con **Jeffery Harrison, 3603 Hamilton Middleton RD. Fairfield Township, Ohio 45011, 513-645-8316.**
5. **¿Puedo solicitar en línea?** Sí. Se recomienda completar una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel, si es posible. Los requisitos son los mismos y se solicitará la misma información. Visite <https://payschoolscentral.com/> para comenzar o para obtener más información. Comuníquese con el Servicio al Cliente de PaySchools Central al 877-393-6628 si tiene preguntas.

6. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito completar otra solicitud?** Sí. La solicitud es válida durante ese año escolar y al comienzo de este año escolar. Debe presentar una nueva solicitud, a menos que la escuela le haya informado que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.
7. **Recibo beneficios de Women, Infants and Children (WIC).** ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis? Los niños de hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido. Presente una solicitud completa.
8. **¿Se verificará la información que proporcione?** Sí, también podemos pedirle que envíe comprobantes por escrito.
9. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños cuyo padre/madre o tutor quede desempleado pueden ser elegibles si los ingresos del hogar disminuyen por debajo del límite.
10. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con los funcionarios escolares. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a **David Plotts, 3603 Hamilton Middletown Rd. Fairfield Township, Ohio 45011, 513-645-8243.**
11. **¿Puedo solicitar si alguien de mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar.
12. **¿Qué pasa si mis ingresos no son siempre iguales?** Indique la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 al mes, pero trabajó menos el mes pasado y solo ganó \$900, indique la cantidad habitual de \$1,000 al mes. Si normalmente recibe horas extra, inclúyalas; pero no las incluya si solo trabaja horas extra ocasionalmente. Si perdió su empleo o le redujeron las horas o el salario, use sus ingresos actuales.
13. **¿Qué pasa si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que reportar?** Es posible que algunos miembros no reciban ciertos tipos de ingresos que se solicitan en la aplicación, o que no reciban ningún ingreso. En ese caso, escriba 0 en el campo correspondiente. Sin embargo, si deja algún campo de ingresos vacío, también se contará como cero. Tenga cuidado al dejar campos de ingresos en blanco.
14. **Somos militares. ¿Reportamos nuestros ingresos de manera diferente?** Debe reportar como ingreso el salario básico y las bonificaciones en efectivo. Si recibe asignaciones en efectivo para vivienda fuera de la base, alimentos o ropa, también deben incluirse como ingresos. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Military Housing Privatization Initiative, no incluya la asignación de vivienda como ingreso. Cualquier pago adicional por combate derivado de un despliegue también está excluido de los ingresos.
15. **¿Qué pasa si no hay suficiente espacio en la solicitud para mi familia?** Enumere los miembros adicionales del hogar en una hoja separada y adjúntela a su solicitud. Comuníquese con **Jeffery Harrison, 3603 Hamilton Middletown Rd. Fairfield Township, Ohio 45011, 513-645-8316**, para recibir una segunda solicitud.
16. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas a los que podamos solicitar?** Para saber cómo solicitar SNAP de Ohio u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina local de asistencia o llame al 877-852-0010.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **513-645-8316**.

Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: **513-645-8316**.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

Un miembro del hogar es cualquier niño o adulto que viva con usted.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) O OHIO WORKS FIRST (OWF), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y grado de cada estudiante.

Parte 2: Indique el número de caso de 7 dígitos de cualquier miembro del hogar (incluidos adultos) que reciba beneficios de SNAP u OWF.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social.

Parte 6: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus estudiantes. Esta información es importante y ayuda a garantizar que atendamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratis o a precio reducido.

SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP U OWF Y SI ALGÚN ESTUDIANTE DE SU HOGAR NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O SE HA FUGADO DE CASA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar e indique el nombre de la escuela y el grado escolar de cada estudiante.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Si algún estudiante para el que solicita el beneficio no tiene hogar, es migrante o se ha fugado de casa, marque la casilla correspondiente y comuníquese con **Tony Huff** en Hufft@butlertech.org o al 513-645-8270. De lo contrario, omita esta parte.

Parte 4: Complete esta sección solo si ningún estudiante de su hogar cumple con los criterios de la Parte 3. Consulte las instrucciones para los demás hogares.

Parte 5: Firme el formulario. **No** es necesario proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si no tuvo que completar la Parte 4.

Parte 6: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que atendamos plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

SI ESTÁ SOLICITANDO PARA UN ESTUDIANTE EN HOGAR DE CRIANZA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Si todos los estudiantes del hogar son estudiantes en hogares de crianza:

Parte 1: Enumere a todos los niños en hogares de crianza y el nombre de la escuela y grado de cada estudiante. Marque la casilla que indica que el niño está en un hogar de crianza.

Parte 2: Omita esta parte.

Parte 3: Omita esta parte.

Parte 4: Omita esta parte.

Parte 5: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.

Parte 6: La información sobre raza y etnia es opcional y no afecta la elegibilidad.

Si algunos estudiantes del hogar están en hogares de crianza:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y grado de cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcar la casilla "Sin ingresos". Marque la casilla si el niño está en un hogar de crianza.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omita esta parte.

Parte 3: Si algún niño que solicita es persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Tony Huff en Hufft@butlertech.org o 513-645-8270. Si no, omita esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar los ingresos totales del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere a todos los miembros del hogar que tengan ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos brutos y con qué frecuencia se recibieron:** Para cada miembro, indique cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Marque la casilla correspondiente: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. Para ingresos laborales, indique el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones y aparece en los talones de pago. Para otros ingresos, indique la cantidad y la frecuencia de asistencia pública, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de veteranos y beneficios por discapacidad. En "Todos los demás ingresos", indique compensación laboral, desempleo o beneficios por

huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios educativos federales ni pagos de crianza recibidos por la familia de la agencia que los coloca. SOLO los trabajadores por cuenta propia deben reportar los ingresos después de gastos bajo “Ingresos del trabajo”. Esto aplica a negocios, granjas o propiedades de alquiler. Si participa en la Military Privatized Housing Initiative o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 6: Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que atendamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratis o a precio reducido.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES (INCLUIDOS LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC) SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Enumere a todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela y grado de cada niño. Para cualquier persona, incluidos los niños, que no tenga ingresos, debe marcar la “Casilla Sin ingresos”.

Parte 2: Si el hogar no tiene un número de caso SNAP u OWF de 7 dígitos, omite esta parte.

Parte 3: Si algún niño para el que solicita es persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a **Tony Huff** en Hufft@butlertech.org o 513-645-8270. Si no, omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar los ingresos totales del hogar de este mes o del mes pasado.

- **Casilla 1 – Nombre:** Enumere a todos los miembros del hogar que tengan ingresos.
- **Casilla 2 – Ingresos brutos y frecuencia:** Para cada miembro, indique cada tipo de ingreso recibido durante el mes y marque la frecuencia: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. Para ingresos laborales, indique el ingreso bruto, no el salario neto. El ingreso bruto es la cantidad antes de impuestos y otras deducciones y aparece en los talones de pago. Para otros ingresos, indique la cantidad y frecuencia de asistencia pública, manutención de hijos, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de veteranos y beneficios por discapacidad. En “Todos los demás ingresos”, indique compensación laboral, desempleo o beneficios por huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar y cualquier otro ingreso. No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios educativos federales ni pagos de crianza recibidos de la agencia que los coloca. SOLO los trabajadores por cuenta propia deben reportar los ingresos después de gastos bajo “Ingresos del trabajo”. Si participa en la Military Privatized Housing Initiative o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tiene uno).

Parte 6: La información sobre raza y etnia es opcional y no afecta la elegibilidad para comidas gratis o a precio reducido.

SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO 2026-2027

Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres de todos los miembros del hogar (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela y grado de cada niño, o indique "NA" si el niño no está en la escuela.	Marque si es un niño en hogar de crianza (responsabilidad legal de una agencia de bienestar o tribunal). *Si todos los niños indicados son niños en hogares de crianza, pase a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si no tiene ingresos.
Escuela	Grado		
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Parte 2. BENEFICIOS: Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP u OWB, indique el nombre y número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y pase a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3.

NOMBRE:

NÚMERO DE CASO DE 7 DÍGITOS:

Parte 3. Si algún niño para el que solicita es persona sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a Tony Huff al Hufft@butlertech.org o 513-645-8270.

Persona sin hogar ☐ Migrante ☐ Fugitivo ☐

Parte 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de deducciones). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla correspondiente a la frecuencia. Registre cada ingreso solo una vez

1. NOMBRE (Enumere a todos los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ														
	Ingresos del trabajo antes de deducciones	Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual	Asistencia pública, manutención de hijos, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual	Pensiones, jubilación, todos los demás ingresos	Semanal	Cada 2	Dos veces	Mensual
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	☒	☐	☐	☐	\$150	☐	☒	☐	☐	\$0	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☒	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☒	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

Parte 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad al reverso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Entiendo que la declaración deliberadamente falsa de información puede hacer que mis hijos pierdan los beneficios de comidas y que yo pueda estar sujeto a procesamiento conforme a las leyes estatales y federales.

Firme aquí: X _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social: ____ ☐ No tengo un número de Seguro Social

Parte 6. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS ESTUDIANTES

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que atendamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratis o a precio reducido.

<u>Elija una etnia:</u> ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino	<u>Elija una o más (independientemente de la etnia):</u> ☐ Asiático ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
--	--

No complete esta sección. Reservado para uso exclusivo de la escuela.

Conversión de ingresos anuales: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos veces al mes x 24, Mensual x 12.

Ingreso total: _____ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

Tamaño del hogar _____ Elegibilidad categórica: ☐ Gratuito ☐ Reducido ☐ Motivo de negación: _____

Firma del funcionario que determina/aprueba _____ Fecha _____

Firma del funcionario que confirma _____ Fecha _____

Firma del funcionario de seguimiento _____ Fecha _____

Selección para verificación, fecha de envío del aviso _____ Fecha de respuesta _____ 2.º aviso _____ Resultados enviados _____

Sus hijos pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro o por debajo de los límites de esta tabla.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:	PAUTAS DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS 2026-2027			
	Tamaño del hogar	Anual	Mensual	Semanal
La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige la información incluida en esta solicitud. No está obligado a proporcionar información, pero si no se proporciona, la agencia estatal no puede aprobar a su hijo para comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando solicita en nombre de un niño en hogar de crianza, cuando proporciona un número de caso de SNAP, OWF u otro identificador para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores para revisiones de programas; y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para investigar posibles violaciones de las reglas del programa.	1	\$29,526	2,461	568
	2	40,034	3,337	770
	3	50,542	4,212	927
	4	61,050	5,088	1,175
	5	71,558	5,964	1,377
	6	82,066	6,839	1,579
	7	92,574	7,715	1,781
	8	103,082	8,591	1,983
	Cada persona adicional:	10,508	876	203

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, audio grabación, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). La información del programa también puede estar disponible en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, AD-3027, disponible en línea y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA:

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

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.



COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre/Guardián:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su Solicitud de Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido puede compartirse con otros programas para los cuales sus hijos podrían calificar. **Para los siguientes programas, necesitamos su permiso para compartir su información. Enviar este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis o a precio reducido.**

☐ ¡No! **NO** quiero que la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido se comparta con ninguno de estos programas.

☐ ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información de mi solicitud con The Success Program.

☐ ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información de mi solicitud con Drive to Succeed.

☐ ¡Sí! **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan información de mi solicitud con Hot Spot.

Si marcó “sí” en alguna o todas las casillas anteriores, complete el formulario a continuación. Su información se compartirá únicamente con los programas que haya marcado.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Jeffery Harrison, 513-645-8316**.
Devuelva este formulario a: **Jeffery Harrison, 3603 Hamilton Middletown Rd. Fairfield Township, Ohio 45011.**



COMPARTIR INFORMACIÓN CON MEDICAID / HEALTHY START, HEALTHY FAMILIES

Estimado Padre/Guardián:

Si sus estudiantes reciben comidas escolares gratis o a precio reducido, también podrían obtener seguro médico gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o del programa Healthy Start, Healthy Families del Estado de Ohio. Los niños con seguro médico tienen más probabilidades de recibir atención médica regular y menos probabilidades de faltar a la escuela por enfermedad.

Debido a que el seguro médico es tan importante para el bienestar de los niños, la ley nos permite informar a Medicaid y Healthy Start, Healthy Families que sus hijos son elegibles para comidas gratis o a precio reducido, a menos que usted nos indique que no lo hagamos. Medicaid y Healthy Start, Healthy Families solo utilizan la información para identificar a los niños que podrían ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden comunicarse con usted para ofrecerle la inscripción de sus hijos. Completar la Solicitud de Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido NO inscribe automáticamente a sus hijos en un seguro médico.

Si no desea que compartamos su información con Medicaid o Healthy Start, Healthy Families, complete el formulario a continuación y envíelo. Enviar este formulario no cambiará si sus hijos reciben comidas gratis o a precio reducido.

☐ **¡No! NO** quiero que la información de mi Solicitud de Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido se comparta con Medicaid o Healthy Start, Healthy Families.

Si marcó “no”, complete el formulario:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **Jeffery Harrison, 513-645-8316**.
Devuelva este formulario a: **Jeffery Harrison, 3603 Hamilton Middletown Rd. Fairfield Township, Ohio 45011**.

¿Califica su hijo para el Programa de Comidas Escolares?
¡Si es así, su familia puede calificar para cobertura médica gratuita!



Sano Comienzo y Familias Sanas

Sano Comienzo ofrece cobertura de atención médica gratuita para niños (desde el nacimiento hasta los 19 años) y mujeres embarazadas.

Familias Sanas ofrece cobertura de atención médica gratuita para toda la familia: padres Y niños.

Sano Comienzo y Familias Sanas Cubre:

Visitas Médicas
Atención Hospitalaria
Inmunizaciones
Abuso de Sustancias

Recetas Médicas
Servicios de la Vista
Cuidado Dental
Salud Mental

¡Y Mucho Más!

Para más información o para solicitar, llame al:
1-800-324-8680 (¡una llamada gratuita!)

TDD 1-800-292-3572

Lunes - Viernes

7 a.m. a 8 p.m.

Sábado - Domingo

12 p.m. a 5 p.m.



El tamaño e ingresos de su familia determinan si usted y su familia son elegibles para Sano Comienzo o Familias Sanas. Sano Comienzo y Familias Sanas son Programas de Medicaid administrados por el Departamento de Servicios de Empleo y Familia de Ohio.

Declaración de No Discriminación del USDA

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, audio grabación, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). La información del programa también puede estar disponible en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, AD-3027, disponible en línea y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada. Para solicitar una copia del formulario, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA:

4. **Correo:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410;
5. **Fax:** (202) 690-7442; o
6. **Correo electrónico:** program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.