

# SOUTH PLAINFIELD PUBLIC SCHOOLS

125 Jackson Avenue  
South Plainfield, NJ 07080-3509  
Telephone: 908.754.4620  
Website: spnet.k12.nj.us

*Dr. Gary Bowen*  
*Interim Superintendent*  
*of Schools*

*Dr. Frank Cocchiola, Jr.*  
*Interim Assistant Superintendent*

*Mr. Mark Resnick*  
*Interim Business Administrator/*  
*Board Secretary*

September 2011

## **SPANISH APPLICATION**

Dear Parent or Guardian:

Attached is the 2011-2012 School Lunch Application packet, which includes the Letter to Parents with prices and some frequently asked questions; the instructions for filling out the application; the application itself; and "Sharing Information with Medicaid or NJ FamilyCare." Translations in many other languages can be found at [www.fns.usda.gov/cnd](http://www.fns.usda.gov/cnd).

In filling out the application, please be advised of the following:

- Only one application per family is necessary
- Foster children, whose care and placement is the responsibility of the State, or who are placed by a court with a caretaker household, are now categorically eligible for free meals
- Foster children do NOT need a separate application, and are to be included on the household application for the family in which they are placed. They may be included in the total number of household members.
- The free eligibility of the foster child does NOT pass on to the other members of the household.
- ALL members of household and their income must be included

### **Pre-School**

In general, pre-school children are not eligible to participate in the breakfast &/or lunch programs. However, if they are in a **curriculum-based** full-day program (not Latchkey), they are eligible.

### **Kindergarten**


Kindergarten is a full-day program. Therefore, all Kindergarteners are eligible to participate in the breakfast &/or lunch programs.

### **Grant 5th/6<sup>th</sup> Grade Central**

Please note that Grant School follows the pricing schedule for the Middle School, i.e., Lunch - \$2.25; Breakfast - \$1.35.

Please fill out this application as soon as possible, sign it, and return it to the school by **Monday, September 19, 2011**. Thank you for your cooperation.

Very truly yours,



Mark Resnick  
Interim Business Administrator/Board Secretary

## South Plainfield Board of Education

125 Jackson Avenue  
South Plainfield, NJ 07080  
Telephone: 908.754.4620  
Website: spnet.k12.nj.us

**Dr. Gary Bowen**  
*Interim Superintendent  
of Schools*

**Dr. Frank Cocchiola, Jr.**  
*Interim Assistant Superintendent*

**Mr. Mark Resnick**  
*Interim Business Administrator/  
Board Secretary*

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. El distrito de **South Plainfield** ofrece comidas nutritivas en los precios a continuación:

	PRECIO COMPLETO			PRECIO REDUCIDO		
	Elemental	Intermedia	Superior	Elemental	Intermedia	Superior
<i>Almuerzo</i>	\$2.10	\$2.25	\$2.50	\$0.40	\$0.40	\$0.40
<i>Desayuno</i>	\$1.35	\$1.35	\$1.35	\$0.30	\$0.30	\$0.30
<i>Meriendas despues del día escolar</i>	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Programa de Leche</i>	N/A	N/A	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica
<i>Programa de medio día de leche en Kindegarten</i>	N/A	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
N/A - No Aplica						

**Como puedo obtener seguro de salud para mis hijos?** En New Jersey estamos comprometidos en asegurarnos que todos los niños están recibiendo un seguro de salud. Información en esta solicitud de comidas será compartida con NJ FamilyCare para determinar si su(s) niño(s) califican para participar en este seguro de salud. **SI USTED NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACION CON MEDICAID O NJ FAMILYCARE COMPLETE Y FIRME LA HOJA ADJUNTA PARA MEDICAID O NJ FAMILYCARE Y DEVUELVALA A LA ESCUELA DE SU HIJO.** Información para contactar a NJ FamilyCare es proveída a continuación:

NJ FamilyCare      www.njfamilycare.org      1-800-701-0710

Información para contactar otros programas de asistencia de alimentos en New Jersey es proveída a continuación:

NJ SNAP (Cupones de alimentos)      www.njsnap.org      1-800-687-9512

Programa de WIC      www.nj.gov/health/fhs/wic      1-866-446-5942

1. **¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño?** No. Complete la forma para solicitar comidas gratis o a precio reducido. Use una solicitud para comidas gratis o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. Asegúrese de llenar la solicitud con toda la información requerida ya que no podemos aprobar solicitudes incompletas. Devuelva la solicitud completa a una de las escuelas donde van sus hijos.
2. **¿Quién puede recibir comidas gratis?** Niños en hogares que reciben NJ SNAP o TANF y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis.
3. **¿Pueden los hijos de crianza recibir comidas gratis?** Si, hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o corte, son elegibles para comidas gratis. Cualquier hijo de crianza (foster child) es elegible para recibir comidas gratis.
4. **Pueden los niños sin hogar, ¿niños que han abandonado su hogar y niños emigrantes recibir comidas gratis?** Si no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese con un representante en la escuela de su hijo (a), el coordinador de emigrantes, o el coordinador de personas sin hogar para verificar si sus hijos califican.
5. **¿Quién puede recibir comidas a precio reducido?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos.


6. **¿Debo llenar una solicitud si este año escolar recibí una carta que dice que mis hijos fueron aprobados para comidas gratis?** No, si usted recibió una carta indicando que su hijo (a) ha sido certificado directamente como elegible para comidas gratis, usted no tiene que llenar la solicitud.
7. **La solicitud de mi hijo fue procesada el año pasado. ¿Necesito llenar otra?** Si. La solicitud de su hijo(a) es válida por un año escolar y unos días del próximo. Usted tiene que enviar una solicitud nueva a menos que la escuela le diga que su hijo(a) es elegible en el nuevo año escolar.
8. **Yo recibo WIC. ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis?** Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor llene una solicitud.
9. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envíe prueba escrita de la información provista.
10. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido si la reducción de ingreso hace que cualifique.
11. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a:

Hearing Officer Name: Mark Resnick Address: 125 Jackson Avenue  
 Phone Number: (908)754-4620 Ext: 205

12. **¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no sea ciudadano americano?** Sí. Ni usted ni sus niños necesitan ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
13. **¿A quienes tengo que incluir como miembros de mi familia?** Usted debe incluir a todas las personas que vivan en su hogar aunque no sean parientes suyos (por ejemplo, abuelos, otros parientes o amigos). Usted también debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, gente que usted no mantiene, quienes no comparten su ingreso con usted o sus niños (as), y quienes tienen sus gastos completamente separados y pueden proveer prueba) no los incluya en la solicitud.
14. **¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual?** Anote la cantidad que usted recibe regularmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió \$900, anote que usted recibe \$1000 al mes. Si usted generalmente cobra por horas extras de trabajo incluya esa cantidad, pero no es necesario incluirla si solo trabaja horas extras a veces.
15. **Nosotros estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir nuestro subsidio para vivienda como parte de nuestro ingreso?** Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares usted no necesita incluir el subsidio para vivienda como parte de su ingreso. Otros suplementos deben ser incluidos como parte de su ingreso.
16. **Mi esposo(a) ha sido enviada a una zona de combate. ¿Es el pago de combate incluido como ingreso en la solicitud?** No, si el pago de combate es recibido en adición al pago básico y no era recibido antes del envío a la zona de combate, el pago de combate no es incluido como ingreso. Comuníquese con la escuela para más información.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al: (908)754-4620 Ext:260

Sinceramente,

Signature: 

Name: Mark Resnick

Title: Interim Business Administrator/Board Secretary

Federal Eligibility Income Chart			
For School Year 2011-2012			
Household Size	Yearly	Monthly	Weekly
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
For each additional person, add:	+7,067	+589	+136

Application #

School District **SOUTH PLAINFIELD**

Fiscal Year 2012

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

**Parte 1. Niños en escuela ( Incluya hijo(s) de crianza -Foster)**

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado o Numero de Identificacion	Marque si es hijo(a) de Crianza (Foster)
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Parte 2. Si algun miembro de su hogar recibe cupones de alimento (NJ SNAP) o TANF provea el nombre y numero de caso de la persona recibiendo los beneficios y salte a la Parte 5. Si nadie recibe estos beneficios salte a la Parte 4.

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Caso: \_\_\_\_\_

Parte 3. Si algun niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a la escuela, al coordinador de emigrantes, o de personas sin hogar.

Sin Hogar  Emigrante  Abandonó su Hogar

**Parte 4. Ingreso bruto del hogar-Indique cuanto gana y cuando lo recibe por cada persona; MARQUE COLUMNA 3 SI NO TIENE INGRESOS**

1. Nombre (Anote a <b>todos</b> en su hogar- <b>incluyendo los estudiantes mencionados arriba</b> )	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	Frecuencia?	
1.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
8.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
9.	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)**

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X \_\_\_\_\_ Nombre deletreado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \*\*\* - \*\* - \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

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

Marque una identidad étnica:

- Hispano/ Latino
- No Hispano ni Latino

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Hawaiano o de otra isla del Pacífico
- De raza negra o Afro-Americano

**ALTO** No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela. Error Prone

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 \_\_\_\_\_ Time Period: \_\_\_\_\_ (expires after 45 days)

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

<b>For State Agency Use</b>	F to R		R to F		D to F		SS #		Temp
	F to D		R to D		D to R		Income		Other

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos o Programa de asistencia suplementaria de nutrición (NJ SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

**Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente.** De acuerdo con la ley Federal y la regulación del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad o represalia. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20250-9410* o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Para los que necesiten TDD llame a USDA las oficinas locales o federales al (800)877- 8339 (TDD) o (800)845-6136 (Español). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD****Si su familia recibe NJ SNAP (cupones de alimentos) o TANF, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y la escuela, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

**Parte 2:** Anote el número de caso de algún miembro del hogar (incluyendo adultos) recibiendo NJ SNAP (cupones) o TANF.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos de Seguro Social no son necesarios.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si nadie en su hogar, incluyendo los hijos de crianza (foster), reciben NJ SNAP (cupones de alimento) o TANF y si algún niño en su hogar el sin hogar, emigrante o abandono su hogar, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar marque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar].

**Parte 4:** Complete esta parte si algún otro niño en su hogar no es elegible como sin hogar, emigrante o abandono su hogar. Vea instrucciones Para todos los demás miembros.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**Si usted está solicitando SOLAMENTE para un HIJO DE CRIANZA (Foster), siga estas instrucciones:**

Si todos los niños en su hogar son hijos de crianza (foster):

**Parte 1:** Anote los nombres de los niños y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la columna a la derecha.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Salte esta parte.

**Parte 5:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario.

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea.

**PARA TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA, incluyendo hijos de crianza, o los que reciben WIC, siga estas instrucciones:**

**Parte 1:** Anote el nombre de cada niño y nombre de la escuela, **incluya hijos de crianza (foster) y marque la columna a la derecha**

**Parte 2:** Si nadie en el hogar tiene número de caso para Cupones de Alimento (NJ SNAP), salte esta parte.

**Parte 3:** Si algún niño es sin hogar, emigrante o abandono su hogar marque el cuadrado apropiado y llame al [coordinador de emigrantes o de personas sin hogar]. Si no, salte esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de la familia de este mes o del mes pasado.

**Columna 1- Nombre:** Anote el nombre y apellido de todos los miembros del hogar.

**Columna 2- Ingreso y cuantas veces fue recibido:** Al lado del nombre de cada persona escriba los tipos de ingresos y cuantas veces los recibieron-semanal, cada otra semana, dos veces al mes o mensual. Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó. Esta cantidad no es lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. **Otros Ingresos:** Anote la cantidad que cada persona recibió; asistencia pública, sustento de menores, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios de Veteranos, beneficios por incapacidad y cualquier otro ingreso. No incluya ingreso de cupones de alimentos, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal, pagos para hijos de crianza de la familia o agencia. Para los dueños de negocios, declare ingresos después de gastos bajo Ganancias de trabajo. Esto es para dueños de negocio propio, finca o algún otro ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba **cuán frecuentemente lo recibió la persona.** Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe ingreso por combate, no incluya estas asistencias en la solicitud.

**Columna 3- Marque si no hay ingresos por cada miembro del hogar que no recibe ingresos.**

**Parte 5:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marcar el bloque si no tiene uno).

**Parte 6:** Conteste esta pregunta si lo desea

## **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.