

Junio 2021

Estimados padres / tutores:

Se adjunta su paquete de regreso a clases de St. Coletta 2021-2022. **Los formularios deben completarse y devolverse a la escuela antes del comienzo del nuevo año escolar.** Es importante que todos los formularios se llenen de forma completa y precisa. No es necesario que espere hasta completar todos los formularios antes de devolverlos a la escuela, ya que entendemos que es posible que aún no se hayan programado citas médicas y dentales.

El formulario de atención de emergencia consta de tres páginas, todas las cuales deben completarse en su totalidad cada año, incluso si no ha habido cambios con respecto a los formularios presentados anteriormente. Adjunto una lista de verificación para ayudar a realizar un seguimiento de la finalización de cada formulario. Las familias pueden esperar recibir otro paquete con información adicional sobre la escuela (incluido un Manual para padres revisado y otras notificaciones anuales) en el otoño. Como siempre, si necesita ayuda individualizada para completar el papeleo, no dude en comunicarse con nosotros al (202) 350-8680 o enviar un correo electrónico a [cdecker@stcoletta.org](mailto:cdecker@stcoletta.org).

**DOCUMENTO MÉDICO (disponible en [www.stcoletta.org](http://www.stcoletta.org) \ school-program \)**

**TODOS LOS ESTUDIANTES deben cumplir con los requisitos de vacunación para asistir en persona. Proporcione a la escuela el certificado de salud, el registro de vacunación y los documentos del examen dental más actualizados de su hijo, si aún no lo ha hecho.** Cualquier estudiante que requiera la administración de medicamentos o un procedimiento médico especial durante el día escolar también debe tener un Plan de Tratamiento de Procedimientos Médicos y Medicamentos actualizado por un médico anualmente. Los medicamentos pueden enviarse por correo a la escuela, a la atención de la enfermera de la escuela, o dejarlos en persona en la recepción, pero NO PUEDEN enviarse a la escuela con su hijo.

Si bien estos formularios deben devolverse a la escuela antes del comienzo de la escuela, nuevamente, devuelva tantos formularios como sea posible antes del final de este año escolar, ya que es difícil procesar todo el papeleo cuando los recibimos demasiado cerca al inicio del nuevo año escolar.

Atentamente,

Catherine Decker

Subdirector de Admisiones

Santa Coletta del Gran Washington



St. Coletta of Greater Washington

## ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT CHECKLIST

Existen varios formularios de matrícula que es mandatorio que sean recibidos por la escuela antes del comienzo del año escolar. Abajo, una lista para ayudarle a que llene estos formularios.

### Firmado por el Padre/Encargado

\_\_\_\_\_ Formulario de Cuidado de Emergencia (formulario de 3 páginas-favor de llenar complete;).

\_\_\_\_\_ PARTICIPACIÓN EN SALIDAS EN LA COMUNIDAD

\_\_\_\_\_ Convenio entre la Escuela y los Padres/Encargados para el año escolar 2021-2022

\_\_\_\_\_ Formulario de Divulgación Fotográfica

\_\_\_\_\_ Formulario para Almuerzo sin costo o a una tarifa reducida (Firmado por el Padre/Encargado)

### Medico/Salud

(firmado por un doctor y firma del Padre)

\_\_\_\_\_ Certificado de Cuidado de Salud Oral (Dental) (Este formulario tiene que incluir la fecha del examen)

\_\_\_\_\_ Certificado de Salud de DC para Niños & Récord de Vacunas (Favor de asegurarse que este formulario está completamente lleno, incluyendo las Pruebas de Tuberculina (TB))

\_\_\_\_\_ Formulario de Permiso para Medicamento (Requerido para niños que tomen cualquier medicina durante el curso del día escolar).

\_\_\_\_\_ Autorizaciones para un Procedimiento Médico de Salud Especifico o Procedimiento de Alimentación por Tubo (Requerido si su niño va a necesitar cualquier procedimiento de enfermería tales como alimentación por g-tube, succión, cambio de vendas).



St. Coletta of Greater Washington



St. Coletta of Greater Washington

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

ST. COLETTA OF GREATER WASHINGTON, INC.
INFORMACION PARA CUIDADO DE EMERGENCIA
2021-2022

Nombre legal del estudiante: Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección:

Fecha de nacimiento: País de nacimiento: Género: M F X Raza (Opcional):

Idioma que hablan en la casa: Dirección de correo electrónico:

Idioma preferido por los padres/encargados para comunicarse:

Nombre del Padre/Encargado: Apellido Nombre

Dirección (si es diferente a la arriba indicada):

Ocupación/Patrono:

Número de teléfono: (Casa) (Trabajo) (Celular)

Nombre de la Madre/Encargada: Apellido Nombre

Dirección (si es diferente a la arriba indicada):

Ocupación/Patrono:

Número de teléfono: (Casa) (Trabajo) (Celular)

CONTACTOS DE EMERGENCIA: En caso de que el padre/encargado no pueda ser localizado, favor de proveer el nombre y número de teléfono de dos personas que en un tiempo razonable pueden recoger y llevar a su niño a casa.

1) Nombre Relación Número(s) de teléfono

2) Nombre Relación Número(s) de teléfono

Al ser contactado recogeré a mi niño enfermo o herido, en un tiempo razonable. Si no puedo ser contactado, los contactos de emergencia pueden ser llamados para recoger a mi niño. En adición, si no puedo ser contactado en caso de emergencia, la escuela tiene mi permiso para llevar a mi niño a la Sala de Emergencia del hospital más cercano y autorizo al personal médico a brindar el tratamiento que un doctor considere necesario para el bienestar de mi niño.

Firma del padre/encargado Fecha



St. Coletta of Greater Washington

1901 Independence Avenue SE, Washington, DC 20003

INFORMACION ADICIONAL

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

_____	_____
Nombre de la compañía aseguradora	Nombre del médico
_____	_____
Número de póliza/grupo/empleado	Número de teléfono del médico
Número de HMO (si aplica): _____	Número de Medicaid (si aplica): _____

MEDICA

La última vacuna del Tétano (TD, dT, DTaP) de mi niño fue en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Mi niño es alérgico a medicamento(s)/comidas/otro: Sí  No

¿A qué es alérgico su niño? Favor de hacer un listado:

Si usted mencionó alergias, favor de explicar la reacción alérgica que tiene su niño a cada cosa que usted mencionó. Por ejemplo, irritación en la piel:

Mi niño tiene asma:  Sí  No  ¿Qué medicamento usa para tratar el asma? \_\_\_\_\_

Mi niño tiene convulsiones:  Sí  No

Favor de describir las características de las convulsiones de su niño y mencionar los medicamentos usados para controlar las convulsiones:

Favor de indicar todas las condiciones médicas que le han diagnosticado a su niño y cualquier información importante que nuestro personal y personal médico deba saber sobre estas condiciones médicas:

¿Toma algún medicamento su niño?  Sí  No

Favor de completar la siguiente información para cada medicina que su niño toma: (SIGUIENTE PAGINA)

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cada cuánto tiempo?	Razón para administrarlo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____





**PERMISO DE VIDEO/FOTOGRAFÍA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

A lo largo del año escolar, es posible que se tomen fotografías o se realicen videos de los estudiantes en la escuela. Estas fotos pueden ser usadas en plataformas de medios sociales, folletos, boletines de noticias, u otros medios/fuentes de comunicación para destacar nuestro programa escolar. Seleccionando "Sí" en la parte inferior, el padre/tutor concede el permiso a St.Coletta de compartir fotos/videos de su estudiante con fines publicitarios. Los padres/tutores pueden indicar que no desean que la foto de su estudiante sea usada para propósitos publicitarios seleccionando "No" en las opciones listadas (nota: las fotos continuarán siendo usadas para propósitos de clase dentro de la escuela). Si usted no desea que su hijo sea fotografiado o grabado en video por cualquier razón, por favor contacte a Catherine Decker, Asistente de Director de Admisiones al (202)350-8680 ext. 1002.

**Note:** Este formulario **no se envía anualmente**, y permanecerá archivado en la escuela. Los padres/tutores pueden, sin embargo, cambiar su decision en el permiso simplemente solicitando a la escuela otra copia de este formulario..

**Por favor, indique el consentimiento deseado seleccionando una de las opciones que figuran a continuación:**

- SI -- Doy mi consentimiento** para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video con fines publicitarios y el uso de su primer nombre.
  
- NO -- No doy mi permiso** para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video con fines publicitarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Por favor, tenga en cuenta que los padres suelen tomar fotos/vídeos durante eventos y celebraciones especiales en la escuela. Además, los estudiantes son fotografiados una vez al año junto con su clase de forma programada en nuestro Día de la Foto. Si usted no quiere que se tomen fotos o videos de su hijo bajo ninguna circunstancia, hágale saber a su maestro que usted no quiere que su hijo participe. Es razonable esperar que los padres/tutores quieran fotos/vídeos de sus hijos actuando en eventos especiales y muchos estudiantes/familias disfrutan recibiendo la foto anual de la clase.

Rev: 2/2020





**PARTICIPACIÓN EN SALIDAS EN LA COMUNIDAD rev. 6/2021**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (TODOS los estudiantes)**

La instrucción basada en la comunidad es una parte integral del currículum del estudios en St. Coletta. Los estudiantes frecuentemente salen a caminar, van al parque, o van de compras al supermercado. Cuando los estudiantes viajan más allá del vecindario de Capitol Hill, un permiso específico es enviado a la casa. En este permiso, solicitamos su consentimiento para que su estudiante participe en las salidas rutinarias que forman parte del programa de instrucción.

*Modos de transporte pueden incluir: Metro, autobús, furgoneta escolar, a pie*

*Cuando: durante el horario escolar*

*Por favor, firme y feche el permiso para que su hijo participe en las instrucciones basadas en la comunidad durante el año escolar 2021-2022. Al firmar este documento, usted le da permiso a St. Coletta para llevar al estudiante nombrado arriba al hospital más cercano en caso de que usted o su contacto de emergencia no puedan ser localizados durante una emergencia.*

_____ Firma del padre/madre o tutor	_____ fecha
--	----------------

**FORMACIÓN PROFESIONAL (14 años y más) rev. 4/2018**

La formación profesional es un enfoque principal en el plan de transición del estudiante dentro de su IEP. Entiendo que para participar en el Programa de Formación Profesional mi hijo tendrá que:

- Desplazarse hacia y desde los lugares de entrenamiento.
- Viajar ida y vuelta a diversos destinos de la comunidad con el fin de entrenarle a desplazarse.
- Participar en las tareas necesarias para entrenar en cada lugar.
- Utilizar toda forma de transporte público y privado.
- Almorzar en zonas que estén en ruta o a poca distancia de sus destinos.
- Estar acompañado por un miembro del personal.
- Participar en las tareas necesarias para entrenar en cada lugar (incluyendo lugares dentro de la escuela y de la producción de *Coletta Collections*)

*Por favor, firme y feche el permiso para que su hijo participe en el Programa de Formación Profesional durante el año escolar 2021-2022.*

_____ Firma del padre/madre o tutor	_____ fecha
--	----------------



# INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

*UN MIEMBRO DE LA FAMILIA ES CUALQUIER MENOR O ADULTO QUE VIVA CON USTED.*

SI SU HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP), TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES O FOOD DISTRIBUTION PROGRAM ON INDIAN RESERVATIONS (FDPIR) SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada menor.

**Parte 2:** Liste el número de caso de cualquier miembro de la familia (incluido adultos) que reciba beneficios de los programas SNAP, TANF o FDPIR.

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social.

**Parte 6:** Responda a esta pregunta solo si lo desea.

SI NINGUN MIEMBRO DEL HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DEL ESTADO SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE (SNAP) O TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) Y SI CUALQUIERA DE LOS MENORES DE SU HOGAR FAMILIAR ESTA DESAMPARADO, EN FUGA, O ES MIGRANTE, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Parte 1:** Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada menor.

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Si cualquiera de los menores por los que está solicitando esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de su hijo.

**Parte 4:** Complete únicamente si uno de los menores de su hogar familiar no califica conforme a la Parte 3. Vea las instrucciones para todos los demás miembros de la familia.

**Parte 5:** Firme el formulario. Si no tuvo que completar la Parte 4, no es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de la de Seguridad Social.

**Parte 6:** Responda a esta pregunta solo si lo desea.

SI SOLICITA EN NOMBRE DE UN NIÑO DE ACOGIDA, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

**Si todos los niños del hogar familiar son de acogida:**

**Parte 1:** Liste a todos los niños de acogida y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla que indique que es un niño de acogida.

**Parte 2:** Ignore esta parte.

**Parte 3:** Ignore esta parte.

**Parte 4:** Ignore esta parte.

**Parte 5:** Firme el formulario. No es necesario anotar los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social.

**Parte 6:** Responda esta pregunta solo si lo desea.

**Si solo algunos de los niños del hogar familiar son niños de acogida:**

**Parte 1:** Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona, incluido niños, que no tenga ingresos, marcar la casilla que dice "No tiene ingresos". Si el niño es un niño de acogida, marque la casilla correspondiente.

**Parte 2:** Si el hogar familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

**Parte 3:** Si cualquiera de los niños por los que solicita esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de su hijo de no ser así, ignore esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar familiar en este mes o el mes anterior.

- Casilla 1-Nombre: Liste a todos los miembros del hogar familiar que tengan ingresos.
- Casilla 2-Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibe el dinero -semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente. Para ganancias, asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el dinero que va a la casa. El ingreso bruto es la cantidad que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Deberá encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.
- Para otros ingresos, anote la cantidad que de cada persona recibe durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, seguro suplementario. Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios por discapacidad.
- Bajo *todos los demás ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de niños de acogida que la familia recibe de la agencia de colocación. UNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmueble de alquiler. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos dígitos de su número de la Seguridad Social (a bien marcar la casilla sino tienen uno).

Parte 6: Responda esta pregunta solo si lo desea.

---

LAS DEMAS UNIDADES FAMILIARES, ENTRE ELLAS LAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DEL PROGRAMA WJC, DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

---

**Parte 1:** Liste a todos los miembros del hogar familiar y el nombre de la escuela de cada niño. Para cada persona que no tenga ingresos, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla que dice "No tiene ingresos".

**Parte 2:** Si el hogar familiar no tiene un número de caso, ignore esta parte.

**Parte 3:** Si cualquiera de los niños por los que solicita esta desamparado, en fuga, o es migrante, marque la casilla correspondiente y llame a la escuela de sus hijos. De no ser así, ignore esta parte.

**Parte 4:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos totales del hogar familiar de este mes, o el mes anterior.

- *Casilla 1* -Nombre: Liste a todos los miembros del hogar familiar que tengan ingresos.
- *Casilla 2* -Ingresos Brutos: Con qué frecuencia se recibieron: Por cada miembro del hogar familiar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos cuan frecuentemente se recibe el dinero -semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensualmente. Para declarar ingresos, asegúrese de anotar el ingreso bruto no el dinero que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que usted gana *antes* que le descuenten los impuestos y otras deducciones. Deberá encontrar esa información en el talonario de su cheque de nómina, o puede preguntarle a su jefe.
- Para otros ingresos, anote la cantidad que cada persona recibió durante el mes como beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, seguro suplementario Supplemental Security Income (SSI), beneficios para veteranos (beneficios de VA) y beneficios para discapacitados. Bajo *todos los demás ingresos*, anote la compensación a trabajadores, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar familiar, así como cualquier otro ingreso. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por el cuidado de niños de acogida que la familia reciba de la agencia de colocación. UNICAMENTE para las personas que trabajan por cuenta propia, bajo *Ganancias del Trabajo*, declare los ingresos después de descontar los gastos. Eso se refiere a su negocio, granja o inmuebles de alquiler. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPIR, WIC o subvenciones educativas federales. Si participa en la iniciativa de viviendas para militares conocida como Military Housing Privatization Initiative o recibe paga de combate, no incluya esas subvenciones como ingresos.

**Parte 5:** Un miembro adulto del hogar familiar debe firmar el formulario y anotar los últimos cuatro dígitos de su número de Segura Social (o bien marcar la casilla si no tienen uno).

**Parte 6:** Responda esta pregunta solo si lo desea.

## SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS

PARTE 1: TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR				
Nombres de todos los miembros del hogar familiar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Marcar si es un niño de acogida (bajo tutela legal de una agencia de beneficencia o el tribunal) *si todos los niños indicados a continuación son niños de acogida, pase directamente a la PARTE 5 para firmar este formulario.	Marque si NO tiene ingresos.	
PARTE 2. BENEFICIOS				
SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS [SNAP], [FDPIR] O [TANF Cash Assistance), <i>¡ANOTE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 5.</i> SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS, PASE DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.				
NOMBRE:		NÚMERO DE CASO:		
PARTE 3. SI CUALQUIERA DE LOS NIÑOS POR LOS QUE SOLICITA ESTA DESAMPARADO, EN FUGA, O ES MIGRANTE, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y LLAME A LA ESCUELA DE SU HIJO.				
DESAMPARADO	MIGRANTE	EN FUGA		
PARTE 4. INGRESOS TOTALES BRUTOS DEL HOGAR FAMILIAR. Tiene que decirnos cuantos ingresos y con qué frecuencia.				
1 NOMBRE (Liste únicamente los miembros del hogar familiar que tengan ingresos)	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUE FRECUENCIA SE RECIBIERON			
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones	Beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, beneficios del Seguro Social, SSI, VA	Todos los demás ingresos
<i>(Ejemplo) Ana Cabrera</i>	\$199.99 /semanal	\$149.99/ cada dos semanas	\$99.99/mensual	\$50.00/mensual

**PARTE 5: FIRMA Y CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (EL ADULTO DEBE FIRMAR)**

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 4, el adulto que firma el formulario también debe listar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla "No tengo número de seguro social". (ver declaración en la siguiente página)

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcione. Entiendo que el funcionario de la escuela puede verificar (comprobar) la información. Entiendo que, si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas, y yo puedo ser procesado.*

Firme aquí:  Nombre impreso:   
Fecha:  Numero de telefono:   
Direccion:   
Ciudad:   
Estado:   
Codigo:

los últimos cuatro dígitos del número de la seguridad social: \*\*\*.\*\*---- No tengo un número de seguro social

**PARTE 6: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)**

Elija una etnicidad:  Elija uno o más (sin importar el origen étnico)

<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Afroamericano
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	

**NO COMPLETAR ESTA PARTE. ESTO ES SÓLO PARA USO ESCOLAR**

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:

Eligibility: Free  Reduced  Denied

Determining Official's Signature:  date:

Confirming Official's Signature:  date:

Sus hijos podrán calificar para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos si los ingresos del hogar familiar corresponden a, o están por debajo de, los límites señalados en esta página Web:

<http://www.fns.usda.gov/cnd/governance/notices/iegs/.RPF>

---

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto del hogar familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no se requieren si usted solicita en nombre de un niño de acogida o si provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto del hogar familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguridad Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

---

Declaración de no discriminación: Explica que, si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".