



## DISTRITO ESCOLAR DE TIGARD-TUALATIN

Departamento de Servicios de Nutrición  
6960 SW Sandburg St. Tigard, Oregon, 97062  
(503) 431-4103

1 de julio de 2023

Estimado Padre / Tutor,

El Distrito Escolar de Tigard Tualatin participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayunos Escolares al ofrecer comidas saludables todos los días escolares. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis completando la solicitud de Comidas gratis y a precio reducido. Estamos alentando las aplicaciones en línea para promover la sostenibilidad y reducir los desechos.

**PUEDES APLICAR EN LÍNEA EN <https://lingconnect.com/>**

Su estudiante califica para comidas gratis si el ingreso de su familia cae por debajo de estas cantidades. Por ejemplo, una familia de cuatro con un ingreso familiar combinado de menos de \$90,000 al año calificaría para recibir comidas gratis.

### Pauta de ingresos ampliados de Oregón (EIG)

Los estudiantes de Oregón pueden calificar para comidas EIG sin cargo si el ingreso del hogar cae en o por debajo de los límites de esta tabla

TABLA DE INGRESOS DEL GRUPO DE INGRESO AMPLIADO DE OREGON Para el año escolar 2023-24					
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
- 1 -	43,740	3,645	1,823	1,683	842
- 2 -	59,160	4,930	2,465	2,276	1,138
- 3 -	74,580	6,215	3,108	2,869	1,435
- 4 -	90,000	7,500	3,750	3,462	1,731
- 5 -	105,420	8,785	4,393	4,055	2,028
- 6 -	120,840	10,070	5,035	4,648	2,324
- 7 -	136,260	11,355	5,678	5,241	2,621
- 8 -	151,680	12,640	6,320	5,834	2,917
Cada miembro adicional del hogar agrega	15,420	1,285	643	594	297

Recordatorios:

- Debe completar una nueva solicitud cada año.
- Solo una solicitud por hogar (los que están bajo el mismo techo = miembro del hogar).
- Puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año si cambia su estado económico.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, comuníquese con Servicios de Nutrición al (503) 431-4060.

Atentamente,

Equipo de Servicios de Nutrición

Distrito Escolar de Tigard-Tualatin

# PREGUNTAS FRECUENTES: COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO OFRECIDAS POR EL GOBIERNO FEDERAL Y LINEAMIENTOS QUE AMPLIAN LA CANTIDAD DE INGRESOS PARA LA ELEGIBILIDAD EN OREGON (OREGON EIG)

Este documento proporciona información para las familias con hijos que asisten a las escuelas que ofrecen Programas Federales de Nutrición Infantil en Oregon, como el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y/o el Programa de Desayuno Escolar. Así también, ofrece información sobre los lineamientos que amplían la cantidad de ingresos familiares para las escuelas públicas de Oregon. Estos lineamientos entrarán en vigor a partir del 1 de julio de 2023.

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comidas saludables para poder aprender. El **Distrito Escolar de Tigard-Tualatin** ofrece comidas saludables todos los días que hay clases. Este paquete contiene una solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido y un conjunto de instrucciones detalladas. A continuación le mostramos algunas preguntas y respuestas comunes que lo ayudarán con el proceso de solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS FEDERALES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO?
  - Son elegibles para recibir comidas gratuitas, todos los niños de familias que reciben beneficios de los programas de asistencia [**SNAP estatal**, por sus siglas en inglés], [Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (**FDPIR**, por sus siglas en inglés)] o [de Asistencia Estatal Temporal para Familias en Necesidad (**TANF estatal**, por sus siglas en inglés)].
  - Son elegibles para recibir comidas gratuitas los niños de crianza supervisada que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza supervisada o un tribunal.
  - Los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratuitas.
  - Los niños que se definen como niños sin hogar, que han escapado de su casa o migrantes son elegibles para recibir comidas gratuitas.
  - Los niños pueden recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su familia están dentro de los límites de los lineamientos de elegibilidad de los ingresos federales. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su familia son iguales o inferiores a los límites de la tabla a continuación:

TABLA DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el año escolar 2023-24					
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
- 1 -	26,973	2,248	1,124	1,038	519
- 2 -	36,482	3,041	1,521	1,404	702
- 3 -	45,991	3,833	1,917	1,769	885
- 4 -	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
- 5 -	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
- 6 -	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
- 7 -	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
- 8 -	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Cada miembro adicional del hogar agrega	9,509	793	397	366	183

## 1A. ¿QUIÉN PUEDE OBTENER COMIDAS EIG SIN COSTO DE OREGON?

- Los niños que asisten a escuelas públicas en Oregon pueden recibir comidas sin costo si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las Pautas de ingresos ampliados de Oregon. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a los límites de la siguiente tabla:

TABLA DE INGRESOS DEL GRUPO DE INGRESO AMPLIADO DE OREGON Para el año escolar 2023-24					
Tamaño del hogar	Anual	Mensual	dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
- 1 -	43,740	3,645	1,823	1,683	842
- 2 -	59,160	4,930	2,465	2,276	1,138
- 3 -	74,580	6,215	3,108	2,869	1,435
- 4 -	90,000	7,500	3,750	3,462	1,731
- 5 -	105,420	8,785	4,393	4,055	2,028
- 6 -	120,840	10,070	5,035	4,648	2,324
- 7 -	136,260	11,355	5,678	5,241	2,621
- 8 -	151,680	12,640	6,320	5,834	2,917
Cada miembro adicional del hogar agrega	15,420	1,285	643	594	297

2. ¿CÓMO PUEDO SABER SI MIS HIJOS CALIFICAN COMO SIN HOGAR, MIGRANTES O REFUGIADOS? ¿Los miembros de su hogar carecen de una dirección permanente? ¿Se quedan juntos en un refugio, hotel u otro arreglo de vivienda temporal? ¿Tu familia se muda por temporadas? ¿Vive con usted algún niño que haya elegido dejar su familia u hogar anterior? Si cree que los niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, llame o envíe un correo electrónico **Heidi Reang, enlace para personas sin hogar de TTSD, (503) 431-4144, hreang@ttsd.k12.or.us** o **Jenn Devlin, coordinadora de migrantes de TTSD, (503) 431-4131, jdevlin1@ttsd.k12.or.us**.
3. ALGUNAS ESCUELAS OFRECEN COMIDAS SIN COSTO A TODOS LOS ESTUDIANTES SIN LLENAR UNA SOLICITUD. ¿CÓMO PUEDO SABER QUÉ ESCUELAS NO REQUIEREN UNA SOLICITUD? En este momento, no hay escuelas en TTSD elegibles para participar en una disposición que ofrece comidas sin cargo para todos los estudiantes.
4. ¿CÓMO SÉ SI UNA ESCUELA ESTÁ PARTICIPANDO EN OREGON EIG? Todas las escuelas físicas de TTSD son elegibles para participar en Oregon EIG. Las escuelas públicas, las escuelas públicas chárter y los distritos de servicios educativos son elegibles.
5. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO? No. *Usar una Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a: TTSD Nutrition Services, 6960 SW Sandburg St, OR 97223 o solicite en línea a través de [family.titank12.com](http://family.titank12.com).
6. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD DIFERENTE PARA CALIFICAR PARA LAS COMIDAS SIN COSTO EIG DE OREGON? No, use una solicitud de comida para los beneficios EIG federales y de Oregón.
7. ¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS YA ESTÁN APROBADOS PARA COMIDAS GRATIS? No, pero lea atentamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Si falta algún niño en su hogar en su notificación de elegibilidad, comuníquese con TTSD Nutrition Services, 6960 SW Sandburg St, OR 97223, (503) 431-4103, [ttsdfoodservices@ttsd.k12.or.us](mailto:ttsdfoodservices@ttsd.k12.or.us) inmediatamente.
8. ¿PUEDO APLICAR EN LÍNEA? ¡Sí! Le recomendamos que complete una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel si puede. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la solicitud en papel. Aplicar en línea en [lingconnect.com](http://lingconnect.com). Comuníquese con TTSD Nutrition Services, 6960 SW Sandburg St, OR 97223, (503) 4314103, [ttsdfoodservices@ttsd.k12.or.us](mailto:ttsdfoodservices@ttsd.k12.or.us) si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.
9. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNO NUEVO? Sí. La solicitud de su hijo solo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar, hasta **16 de octubre de 2023**. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Si no envía una nueva solicitud aprobada por la escuela o no se le ha notificado que su hijo es elegible para recibir comidas gratis, se le cobrará a su hijo el precio total de las comidas.
10. YO PARTICIPO EN WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido. Envíe una solicitud. No recibe automáticamente comidas gratis o a precio reducido. ¡Tendrás que aplicar!

11. ¿SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE DARÉ? Sí. También podemos pedirle que envíe una prueba escrita de los ingresos del hogar que informe. *(No se aplica a las solicitudes elegibles de EIG de Oregón)*
12. SI NO CALIFICO AHORA, ¿PUEDO APLICAR MÁS TARDE? Sí, puede presentar su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que se queda desempleado pueden ser elegibles si los ingresos del hogar caen por debajo del límite de ingresos.
13. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD? Debe hablar con funcionarios de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **Jarvis Gomes, administrador de operaciones de TTSD, 6960 SW Sandburg St, OR 97223, (503) 431-4173** *(No se aplica a las decisiones de elegibilidad de EIG de Oregón)*
14. ¿PUEDO SOLICITAR SI ALGUIEN EN MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para presentar una solicitud.
15. ¿Y SI MIS INGRESOS NO SIEMPRE SON LOS MISMOS? Indique la cantidad que Ud. normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente gana \$1000 por mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y solo ganó \$900, anote que gana \$1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si solo trabaja horas extras algunas veces. Si ha perdido un trabajo o le han reducido sus horas o su salario, use su ingreso actual.
16. ¿QUÉ PASA SI ALGUNOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS PARA INFORMAR? Es posible que los miembros del hogar no reciban algunos tipos de ingresos que le pedimos que informe en la solicitud, o que no reciban ningún ingreso. Siempre que esto suceda, escriba un cero (0) en el campo. Sin embargo, si algún campo de ingresos se deja vacío o en blanco, también se contará como cero. Tenga cuidado al dejar los campos de ingresos en blanco, ya que asumimos que decidió hacerlo.
17. ESTAMOS EN EL MILITAR. ¿INFORMAMOS NUESTROS INGRESOS DE MANERA DIFERENTE? Tu sueldo base y bonos en efectivo debe reportarse como ingreso. Si recibe asignaciones de valor en efectivo para vivienda, comida o ropa fuera de la base, también debe incluirse como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su asignación de vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante del despliegue también se excluye de los ingresos.
18. ¿QUÉ PASA SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA? Enumere cualquier miembro adicional del hogar en una hoja de papel separada y adjúntela a su solicitud. Contacto Servicios **de nutrición de TTSD, 6960 SW Sandburg St, OR 97223, (503) 431-4103, [ttsdfoodserves@ttsd.k12.or.us](mailto:ttsdfoodserves@ttsd.k12.or.us)** para recibir una segunda solicitud.
19. MI FAMILIA NECESITA MÁS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODRÍAMOS SOLICITAR? Para saber cómo solicitar **[SNAP estatal]** u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame **2-1-1 o 1800-SAFENET (723-3638)**. Para asistencia alimentaria llame al 1-866-348-6479 (1-866-3-HUNGRY). En verano, envíe un mensaje de texto con la palabra "COMIDA" al 877877 o visite [www.Summerfoodoregon.org](http://www.Summerfoodoregon.org) para conocer las opciones de comidas gratuitas de verano en su área.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **(503) 431-4103**.

Atentamente,

**Servicios de nutrición de TTSD**

Regreso: Nutrition Services Department; 6960 SW Sandburg St; Tigard, OR 97223

**AVISO:**

- Si ha recibido una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATIS del distrito escolar, **no** complete esta solicitud.
  - Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.
- \* = *Requerido Todas las aplicaciones*; \*\* = *Requerido para aplicaciones de ingresos*; \*\*\* = *Requerido para aplicaciones SNAP*

**1 INFORMACIÓN DEL HOGAR\* Nombre de la persona que completa esta solicitud (Apellido, Primer nombre)**

Nombre <u>Escriba</u> Dirección postal – Apt # Ciudad Estado Código Postal	Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) Teléfono del trabajo → Número de integrantes del hogar _____ (Escriba los nombres de <b>todos</b> los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)
--	--

**2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES\***

Nombre del niño (Apellido, Primer nombre)	Escuela	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Comprobar si los niños de crianza temporal
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**3 BENEFICIOS** Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF\*\*\*, dé el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre ***	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF	Número de caso***	Siga abajo en la Parte 5
------------	--	-------------------	--------------------------

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas)  Sí

**4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL BRUTO\*\* – si no es mensual, vea las conversiones al dorso**

Columna 1 Liste <b>todos</b> los miembros del hogar, incluidos niños, que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes listados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (Apellido, Primer nombre)	Columna 2 Ingreso mensual (Ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Columna 3 Manutención infantil, Asistencia social, Pensión alimenticia Recibidas por mes	Columna 4 Mensual pensiones, Retiro del Seguro Social por mes	Columna 5 Otro Ingreso mensual – Incluido Seguro de desempleo Y Compensación laboral	Columna 6 Marque si no hay ingreso
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

**5 FIRMA, FECHA Y últimos cuatro números del NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)**

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he informado todos los ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (controlar) la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar* X _____	Firmado en* _____ Mes/día/año	Número de Seguro Social ** (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-_____	<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social**
--	-------------------------------------	--	---

**6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)**

Marque una identidad étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	Marque una o más identidades raciales: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano y nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otra
--	--	--

Prefiero recibir toda la correspondencia en  Español  Ruso  Otro \_\_\_\_\_

**7 No deseo que mi información se comparta con el programa de seguro de salud de niños del Estado** Firme aquí: \_\_\_\_\_

Tengo un hijo (o hijos) que no tienen ningún tipo de cobertura de salud – ni de seguro de salud privado ni de Oregon Health Plan / Healthy Kids. Estoy interesado en libre o reducción del coste de la cobertura de salud para al menos uno de mis hijos.  Sí  No

**SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

Total Income: _____	Number in household: _____	Date Withdrawn: _____
<input type="checkbox"/> Free based on: <input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Foster child categorical <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Reduced based on: <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Denied – Reason: <input type="checkbox"/> income too high <input type="checkbox"/> incomplete application
Determining Official's Signature : _____		Date _____

## Instrucciones para completar la solicitud

- Si su hogar recibe **SNAP, TANF o FDPIR**, complete las partes 1, 2, 3 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
  - Si no recibe estos beneficios y su **ingreso** se encuentra por debajo de las pautas, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
  - Si en su hogar hay un **NIÑO BAJO TUTELA TEMPORARIA**, complete las partes 1, 2, 4 y 5; las partes 6 y 7 son opcionales.
- Los campos con respecto a los ingresos que se dejan en blanco serán contados como cero. Si deja estos espacios en blanco, asegúrese de que tiene la intención de hacerlo.

## CÓMO DETERMINAR EL INGRESO MENSUAL PARA GANANCIAS Y SUELDOS

En la Parte 4 de esta solicitud debe informarse el **ingreso mensual** de todos los miembros del hogar. El término ingreso significa cualquier dinero que se recibe regularmente por trabajo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, retiros, seguro social o cualquier otra fuente. Excluya préstamos estudiantiles/escolares.

Los miembros del hogar que no cobran mensualmente deben convertir los ingresos a ingresos mensuales de la siguiente manera:

**Miembros del hogar que cobran cada semana:** Multiplique por 52 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que cobran cada 2 semanas:** Multiplique por 26 los ingresos y sueldos totales de un periodo de pago, antes de las deducciones. Luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar a quienes se les paga dos veces al mes:** Multiplique los ingresos y salarios totales de un período de pago, antes de las deducciones, por 24 y luego divida por 12. El monto resultante es el ingreso mensual total.

**Miembros del hogar que son trabajadores de temporada o que trabajan menos de 12 meses:** Projete el porcentaje de ingreso anual de ingreso para representar correctamente las circunstancias presentes y luego divida por 12. La cifra resultante es el ingreso mensual proyectado.

Nota: El dinero que recibe de un negocio o una granja que es de su propiedad se debe informar como "ingreso neto". *El ingreso neto se define como el ingreso total que queda después de sustraer los gastos para operar el negocio o la granja de los recibos brutos.*

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD – NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL

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 Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza 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 de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro 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. Podemos compartir la información de este formulario con Medicaid o el Programa de Seguro de Salud de Niños del Estado (SCHIP), a menos que usted nos diga que no lo hagamos. La información, si se revela, se utilizará para identificar niños elegibles y tratar de inscribirlos en Medicaid o SCHIP.

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

*De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.*

*Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877- 8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.*

*Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno 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; or

2 fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

3 correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

*Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.*

## 2023-2024 Distrito Escolar Tigard-Tualatin

### Permiso de Compartir Estado de Elegibilidad de Comidas Confidencial

Estimado padre o Guardianes:

El distrito debe tener su permiso por escrito para compartir el nombre de su estudiante y el estado de elegibilidad para comidas (es decir, aprobado para comidas gratis o a precio reducido).

Complete este formulario para dar permiso al Departamento de Servicios de Nutrición para divulgar el nombre y el estado de elegibilidad de comidas de su estudiante para las oportunidades enumeradas a continuación seleccionando oportunidades en la Opción 1, ingresando la información de su estudiante, firmando y fechando el formulario.

Si no desea compartir la información de su estudiante, seleccione la Opción 2, puede DETENERSE AQUÍ y NO completar este formulario. No se compartirá el estado de elegibilidad de su estudiante para recibir comidas escolares gratuitas o de precio reducido.

El envío de este formulario no cambiará si su(s) estudiante(s) reciben comidas gratis o a precio reducido. Firmar esta renuncia NO ES UN REQUISITO para participar en nuestro programa de nutrición escolar.

Tenga en cuenta que NO HAY GARANTÍA de beneficios adicionales. No todas las escuelas tienen fondos para ofrecer exenciones de tarifas de programas locales o reducciones de tarifas a los estudiantes. Comuníquese con su escuela para obtener reducciones/exenciones de tarifas específicas.

Opción 1: ¡Sí! Doy mi consentimiento para compartir el nombre de mi estudiante y el estado de elegibilidad para las comidas para las oportunidades que he seleccionado a continuación:

- Reducción de alquiler de instrumentos
- Reducción del programa de educación vial

Opción 2: ¡No! NO comparta mi estado de elegibilidad para comidas para ninguna oportunidad adicional.

Si usted marcó Si, por favor completa este formulario con la información del estudiante, fírmalo, poner la fecha y devuélvalo con la solicitud para comidas gratis o precio reducido. La información confidencial de su estudiante sólo se compartirá con las personas encargadas de las oportunidades que Ud. ha escogido.

Nombre(s) del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela(s): \_\_\_\_\_

Nombre(s) del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela(s): \_\_\_\_\_

Nombre(s) del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela(s): \_\_\_\_\_

**Firma de Padre de familia/Encargado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**La firma y fecha son requeridas.**

Escribir Nombre: \_\_\_\_\_

**Devuelve este formulario con su solicitud para Comidas Gratis y Precio Reducido a la escuela de su niño.**  
Para más informes, por favor llame la Oficina de Servicios de Comidas al (503) 431-4103.

**Esta institución provee una igualdad de oportunidades.**