

Food Services Information 2011-2012

El Distrito Escolar de Fort Lupton tiene un sobresaliente programa de alimentación. El personal incluye profesionales dedicados a servir alimentos nutritivos para todos los niños. El menú de comidas esta a la disposición del público en todas las escuelas. Selecciones disponibles para alimentos de verduras están disponibles todos los días. Información sobre la nutrición y un análisis sobre los menús también esta disponible en la Oficina de Servicios alimenticios 303-857-7103 Alimentos Gratis o Reducidos 303-857-3321.

Precios de Comidas para 2010-2011

	Regular	Reducido
Primaria	\$2.00	\$0.40
Secundaria	2.50	.40
Preparatoria	2.50	.40
Comida para Adultos	3.00	

Precios de los Desayunos

Primaria	\$1.25	\$0.00
Secundaria	1.50	.00
Preparatoria	1.50	.00
Desayuno para Adultos	2.00	

Estudiantes que reciben desayunos reducidos este será Gratis.

Leche 1% es ofrecida con cada alimento. Comidas a la Carta están disponibles en la escuela High School.

Ofrecemos selecciones en los desayunos diariamente en todas las escuelas. El menú de los desayunos es proporcionado en el menú de las comidas.

NUEVO ESTE AÑO Únicamente los últimos cuatro números del seguro social son requeridos del adulto que firme la aplicación.

MENUS TRADICIONALES
Los Menús tradicionales es un método de servir diseñado para reducir el desperdicio de comidas y el costo de la comida al igual que para satisfacer al cliente y tener su participación en el programa de comidas escolares sin poner a riesgo la integridad de las comidas que son servidas. Este método

de servir continúa ofreciendo todos los cinco alimentos requeridos en una comida.

COMO PAGAR POR ALIMENTOS
Todas nuestras escuelas tienen un sistema computarizado para cada estudiante. El dinero puede ser puesto dentro de la cuenta de cada estudiante y conforme el estudiante compre sus desayunos, comidas o alimentos a la carta, se le irá rebajando de su cuenta. Para más información los padres pueden hablar con la directora de la cocina y obtener más información sobre la cuenta de sus hijos.

Pagos por computadora usando su Visa, MasterCard, Check. Diríjase a: www.ftlupton.eatschool.lunch.com

ALIMENTOS CARGADOS A LA CUENTA

Los estudiantes de las escuelas primarias podrán cargar a su cuenta una comida. Si llega a ser necesario que el estudiante de primaria tenga que poner una comida en su cuenta, el pago deberá ser enviado al día siguiente. Se le permitirá un máximo de 2 alimentos en su cuenta. Después de 2 cargos, el estudiante recibirá un alimento de cortesía de un sándwich de crema de cacahuete y leche al no haber sido enviado el dinero o un alimento de su casa. Las cuentas de alimentos no son permitidos en la escuela secundaria ni en la preparatoria. Los estudiantes podrán pedir dinero prestado de un amigo o llamar a sus padres para que le traigan el dinero.

No es la intención del Servicio de Alimentación la de que un niño se quede con hambre, pero si es la responsabilidad de los padres la de proporcionar el dinero para los desayunos y las comidas de sus hijos. Los Servicios de Alimentación le avisarán a cada estudiante cuando su balance en su cuenta este bajo.

Invitamos a los padres a tomar su desayuno o su comida en cualquiera de las escuelas y a cualquier hora. Siempre le damos la bienvenida a sus comentarios o sugerencias.
Oficina de Servicios de Alimentación
303-857-7103
Alimentos Gratis y Reducidos
303-857-3321

ALIMENTOS GRATIS O REDUCIDOS INFORMACION PARA PADRES O PERSONAS RESPONSABLES.

UNA SOLICITUD POR CADA FAMILIA.

Los niños que califiquen recibirán alimentos gratis o a precio reducido. Si esta usted recibiendo ahora beneficios de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) para sus niños, sus niños podrán recibir alimentos gratis. Un niño adoptado podrá recibir alimentos gratis o reducidos también.

QUE DEBERA PONER EN LA APLICACION

Para las familias recibiendo beneficios de SNAP, FDPPIR:

- 1) Nombre del estudiante, escuela, y grado
- 2) Nombres de los miembros recibiendo beneficios y el número de caso de SNAP
- 3) Si usted no desea que la información sea compartida con Medicaid ó SCHIP, marque la caja.
- 4) Firme la forma. Los últimos números del seguro social NO son requeridos.

Para la familia con un niño adoptado:

- 1) Nombre del niño, escuela, y grado. Marque la caja por cada niño adoptado.
- 2) Si usted no desea que la información sea compartida con SCHIP, marque esta caja.
- 3) Firme la forma. Los últimos números del seguro social NO son requeridos.

Para una familia aplicando para un inmigrante, Sin Hogar o niño Fuera de su Casa:

Favor de llamar a Scott Graham, enlace para los niños que se han ido de sus casas, coordinador de inmigrantes al 303-857-3200. Esta aplicación NO califica al estudiante para los beneficios de alimentación; deberá usted ponerse en contacto con el coordinador.
Para ser aprobado para los beneficios de alimentación lo mas pronto posible, favor de aplicar con información sobre su salario siguiente los siguiente pasos indicados a continuación.

Para todas las otras familias:

- 1) Nombre del niño, escuela, grado. Si el niño es un niño adoptado, marque la caja

de adoptado. Para todos los estudiantes nombrados indiquen la información del salario incluyendo la fuente de recursos y frecuencia de pago, o indique que no hay salario.

2) Nombres de todos los miembros de la familia.

3) Si usted no desea compartir la información con Medicaid ó SCHIP, marque la caja

4) El miembro adulto responsable DEBERA firmar la forma y proporcionar los últimos números del seguro social ó marcar la caja si no tiene uno.

VERIFICACION

Su elegibilidad podrá ser revisada a cualquier hora durante el año escolar. Los oficiales de la escuela le pedirán que les facilite documentación la cual indique que los niños pueden calificar para recibir alimentos gratis o reducidos.

AUDIENCIA LEGAL

Podrá usted hablar con cualquier oficial de la escuela. Peggy Eagan 303-857-3321, si no esta usted de acuerdo con la decisión de la escuela sobre su aplicación. También podrá usted solicitar una audiencia llamando o escribiendo a Mindi Wolf, 616 S. Denver Ave, Fort Lupton, CO 80621. 303-857-7103.

SIN DISCRIMINACION

De acuerdo con la ley Federal del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución prohíbe la discriminación bajo base de raza, color, origen de nacionalidad, sexo, edad, ó discapacidad. Para extender una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ó llame al (866)632-9992 (Grabación). (800)877-8339 (TDD) ó (800) 845-6136 (Spanish). USDA es un proveedor de oportunidad de igualdad y empleador.

LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de Alimentos Escolar de Richard B. Russell National School Lunch Act requiere la información en esta aplicación. No necesita proporcionar usted la información, pero si no lo hace no podremos aprobar el precio de los alimentos gratis o reducidos para sus niños. Deberán ser incluir los últimos números del seguro social de la persona adulta que sostiene el hogar y quien firma la aplicación. Los últimos números del seguro social no son requeridos cuando usted hace la aplicación de parte de un niño adoptado o enlistado en un programa Suplemental de Asistencia para la Nutrición (SNAP), Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) Programa de Alimentos o Programa de Distribución en Reservaciones de Indios (FDPPIR) número de caso ó otro FDPPIR identificador para su niño o cuando la persona adulta firmando la aplicación indique que no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su niño(a) califica para recibir alimentos gratis o reducidos, y por la administración y refuerzos de los programas de comidas y desayunos. **PODREMOS** compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudar a evaluar, fondos, o determinar los beneficios para sus programas, interventores para el repaso de programas, y oficiales de la ley ayudarán a encontrar violaciones en las reglas del programa.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO DEL 2011-2012
 (Éste formulario puede ser utilizado solo para la participación en Programas Federales de Nutrición Infantil)

Apellido(s) de la Familia _____ Dirección Postal, Ciudad, Código Postal _____ Número de Teléfono _____

INSTRUCCIONES: Utilizando la hoja de instrucciones que se adjuntó, llene la solicitud, firmela y una vez que la haya llenado llévela a la escuela.

Parte 1. Información del estudiante. Escriba el nombre de todos los estudiantes que van a **Weld Rest**; indique el nombre de la escuela y el grado. Marque el casillero que correspondiente a Niño en Hogar Sustituto para todos los estudiantes que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia de servicios sociales o del juzgado.

Apellido, Primer Nombre	Escuela	Grado	Niño en hogar sustituto	No tiene ingresos	Ingreso por trabajo antes de deducciones, o beneficios de desempleo	Beneficio de servicio sociales, sustento infantil	Seguro Social u otro tipo de ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____

Parte 2. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR): Escriba el nombre del miembro de la familia que recibe el beneficio y escriba el número de caso. (Anoté esta información y pase a la Parte 5) _____

Parte 3. Si alguno de los estudiantes por los cuales está llenando esta solicitud no tiene hogar, es migrante o ha abandonado su hogar, por favor llame a **Scott Graham, homeless liaison, migrant coordinator 303-857-3200**, lo antes posible. Para recibir este beneficio de alimentos, por favor continúe llenando esta solicitud.

Parte 4. Escriba todos los miembros de la familia excepto los que escribió anteriormente.

Nombre	No tiene ingreso	Ingreso por trabajo antes de deducciones, o beneficios de desempleo	Beneficio de servicio sociales, sustento infantil, pagos recibidos por un ex cónyuge	Pensiones, pagos de jubilación, Seguro Social	Ingresos de otro tipo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____

Parte 5. PROGRAMA ESTATAL DE MEDICAID Y/O DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (SCHIP)—La información que se provee en la solicitud puede ser compartida con las oficinas de Medicaid o SCHIP para posible afiliación en estos programas. No se requiere que usted apruebe a compartir esta información; esto no afectará la aceptación del estudiante en el programa de alimentos escolares.
 Su información **SERÁ compartida a menos que marque el casillero a continuación.**

Favor de **NO** compartir mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP

Parte 6. Firma y Número de Seguro Social: (DEBE ser firmado por un adulto)

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si se llenó la Parte 4, el adulto que firmó el formulario debe escribir su Número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "Yo no tengo un Número de Seguro Social". Número de Seguro Social (Solo los 4 últimos dígitos): XXX - XX - _____ Yo no tengo un Número de Seguro Social

Yo afirmo (prometo) que toda la información en ésta solicitud es cierta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcioné. Entiendo que es posible que los administradores escolares verifiquen (revisen) la información. Entiendo que si he proporcionado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y que es posible que se presenten cargos en mi contra.

Firme aquí: X _____ Fecha: _____

*****No escriba debajo de esta línea. Únicamente para uso de la escuela*****

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Total Income: _____ Per Week, Bi-Weekly, 2x/Month, Month, Year Household size: _____ Eligibility: Free _____ Reduced: _____ Denied: _____

Reason: _____ Categorical Eligibility: _____ Temporary Free: _____ Expires after 45 days on: _____ Withdrawn Date: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____