

PRINT NEATLY
USE DARK BLUE OR BLACK INK

BOSTON PUBLIC SCHOOLS FAMILY APPLICATION FOR MEAL BENEFITS

Home Room
ENG / SPA
 rev: 08/15/2011

1 Students attending Boston Public Schools ONLY (Niños en las Escuelas Públicas de Boston ÚNICAMENTE)

| Names of all children in Boston Public Schools ONLY (Last, First, Middle Initial) (Apellido, Nombre, Inicial) | Student ID Number (Número del Estudiante) | Grade (Grado) | School Name (Escuela) | "X" if foster child "X" si niño/a de crianza |
|--|--|------------------|--------------------------|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> |

2 SNAP or TAFDC

If any member of your household receives SNAP (food stamp) or TAFDC benefits, please provide the Agency Identification Number located on the upper right side of the Department of Transitional Assistance (DTA) benefit letter. **Please skip to Part 6** and sign this form if you have provided an Agency Identification Number. Escriba el Número del caso para CUALQUIER miembro de su hogar (incluid adultos y niños) que reciben los beneficios de SNAP o TAFDC.

**** Do not provide your EBT card number.**
**** No proporcione su número de tarjeta EBT**

3 Homeless, Migrant or Runaway child (Sin hogar, Emigrante o niño/a fugitivo/a)

If the child you are applying for is homeless, migrant or a runaway check the appropriate box below and call Mary William at (617) 635-8037 for further assistance. In addition, you must fill out this application completely to be considered for benefits. Si el niño/a por el que usted solicita es: sin hogar o niño/a fugitivo/a, marque la caja apropiada y llame al enlace sin hogar o al coordinador migratorio de la escuela del niño. Así mismo, debe llenar esta solicitud completamente.

- Homeless
 Migrant
 Runaway

4 Total Household Income -- You must tell us EXACTLY how much and how often (Ingreso total del hogar; debe indicarnos EXACTAMENTE la cantidad y la frecuencia)

| Names of Household members Nombres de los miembros del hogar | Check if no income. (Marque si no tiene ingresos) | Write income clearly. Completely darken the circle that shows how often income is received. Weekly (W), Every 2 Weeks/Bi-Weekly (E), Twice a Month (T), Monthly (M) Escriba el ingreso de forma legible. Rellene completamente el círculo que muestra la frecuencia con que recibe el ingreso. Semanal (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T), mensual (M) | | | | | | | | | | | | Refusal of Benefits (Rechaza de Beneficios) |
|--|--|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|---|
| | | Gross Income Before Deductions (Ingresos antes de deducciones) | | | | Welfare, Child Support, Alimony (Ayudas Sociales, Pensiones Infantiles o Pensiones Alimenticias) | | | | Pensions, Retirement, Social Security and Other (Pensiones, jubilación, Seguro Social o cualquier otro ingreso) | | | | |
| List the names of all household members including student(s). (Nombres de todos los miembros de su hogar incluyendo estudiante(s)) | | Weekly | Bi-Weekly | 2 X Monthly | Monthly | Weekly | Bi-Weekly | 2 X Monthly | Monthly | Weekly | Bi-Weekly | 2 X Monthly | Monthly | <input type="checkbox"/> Check this box if you do not wish for your child(ren) to receive benefits. Marque esta caja si no desea que su hijo reciba los beneficios OFFICE USE ONLY SÓLO PARA USO DE LA OFICINA |
| (EXAMPLE) Jane Smith | <input type="checkbox"/> | \$ 199.99 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ 149.99 | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ 99.99 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | |
| 1) | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2) | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3) | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 4) | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 5) | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

5 Other Benefits (Otros Beneficios)

By checking this box and signing below, I allow BPS to release the information on this application to other child nutrition, health and education programs to determine eligibility for each program.
 Doy permiso a BPS a dar mi nombre, dirección y la información de mi hijo(a) a otros programas, si califica o no para comidas gratis o a precio reducido.

Signature (Firma)

6 Signature and Social Security Number (Firma y Número de Seguro Social)

A parent or caretaker adult must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form also must list the last 4 digits of his or her Social Security Number or mark the "Check here if you do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the back of this page). I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information that I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted. (La aplicación DEBE ser firmada por un adulto. Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y correcta, y que todos los ingresos y/o los números de serie de las SNAP or TAFDC reportados son correctos. Entiendo que esta información se ofrece por el recibo de los fondos federales; que los funcionarios escolares podrán verificar la información en la solicitud y que las representaciones falsas con premeditación de esta información serán causa de pleito judicial según las leyes aplicables federales y estatales. Escriba los últimos 4 números del Seguro Social o marque la casilla si no posee un número de Seguro Social.)

Signature of Adult Household Member (Firma del Miembro Adulto del Hogar)

- - Social Security Number (Número de Seguro Social)

I do not have a Social Security Number
No tengo un número de seguro social

/ / 201 /
Date (Fecha)

Parent/Guardian First Name (Nombre del padre/encargado)

Parent/Guardian Last Name (Apellido del padre/encargado)

- -
Home Phone (Teléfono del Hogar)

- -
Work Phone (Teléfono del Trabajo)

8411048523

Street Address (Dirección)

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal)

(THIS APPLICATION CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A SIGNATURE IN PART 6.) (Esta aplicación no puede ser procesada sin la firma en la parte 6.)

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD

Estimado padre/encargado: Las Escuelas Públicas de Boston (BPS) participan en el Programa Nacional de Almuerzos y Programas de Desayunos. Bajo estos programas, su hijo puede ser elegible para las comidas gratuitas o a precio reducido. Para determinar su elegibilidad basada en los requisitos del ingreso del hogar, es esencial que usted llene y devuelva la solicitud al reverso. Cada hogar debe de completar y devolver una solicitud (los hijos de crianza ya no tienen que someter una solicitud por separado). Un empleado de Alimentos y Servicios de Nutrición en la escuela hará la determinación de su elegibilidad y *en un término de 10 días* de recibir la solicitud, se le enviará una carta al hogar con su hijo pidiéndole información adicional o informándole del estatus de su elegibilidad. Si necesita asistencia para llenar esta solicitud o tiene alguna pregunta, por favor llame al 617-635-6371 ó 6372.

Sus hijos pueden calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar está dentro de los límites en esta tabla. Sus hijos también pueden calificar para comidas gratuitas si alguna persona en su hogar recibe SNAP (cupones de alimentos) o TAFDC (asistencia económica) sin importar los límites de ingreso de esta tabla.

| Guía de Elegibilidad para Beneficios de Alimentos 2011-2012 | | | |
|--|--------|---------|---------|
| Tamaño del Hogar | Anual | Mensual | Semanal |
| 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 |
| Cada persona adicional: | 7,067 | 589 | 136 |

| Precios de las Comidas para el Año Actual | | |
|--|-----------------|-----------------|
| Tipo de comida | Precio completo | Precio reducido |
| Desayuno: | \$1.50 | \$0.30 |
| Almuerzo Elemental: | \$2.25 | \$0.40 |
| Escuela intermedia y secundaria: | \$2.50 | \$0.40 |

Declaración de Ley de Privacidad

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted debe incluir los *últimos cuatro dígitos* del seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando está solicitando para un *hijo de crianza* o proporciona un número de caso del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP), del Departamento de Ayuda Transitoria para las Familias con Niños Dependientes (TAFDC) o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para las comidas gratuitas o a precios reducidos y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y los programas de desayuno. **PUEDE ser que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para que nos ayuden a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar los programas y oficiales de ley para ayudarlos a ver si existen violaciones a las reglas del programa.**

Declaración Anti-Discriminatoria

Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. “De acuerdo con la Ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de los E.U., esta institución está prohibida a discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad y discapacidad. Para llenar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ó llame gratis al (866) 632-9992 (Voz). Los individuos con problemas auditivos o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.



ESCUELAS PÚBLICAS DE BOSTON

DEPARTAMENTO DE ALIMENTOS Y SERVICIOS DE NUTRICIÓN

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ALIMENTOS

Estimado padre/encargado:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. Las **Escuelas Públicas de Boston** ofrecen comidas saludables todos los días. El costo del desayuno es **\$1.50**; el costo del almuerzo es **\$2.25 para los estudiantes de las escuelas elementales y \$2.50 para los estudiantes de las escuelas intermedias y secundarias**. Sus hijos pueden calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido. El precio reducido es de **0.30** para el desayuno y **0.40** para el almuerzo.

Por favor complete la “Solicitud Familiar para los Beneficios de Alimentos” para verificar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir las comidas gratis o a precio reducido. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, asegúrese de llenar toda la información necesaria. **Devuelva la solicitud completamente llena a la escuela de su hijo.**

Preguntas y Respuestas Sobre la Solicitud de Alimentos

1. **Llené la solicitud el año pasado. ¿Tengo que solicitar de nuevo este año? ¡SÍ!** Se tiene que someter una nueva solicitud cada año escolar.
2. Si su niño fue elegible para las comidas gratuitas o a precio reducido en **junio** de cada año escolar, él/ella puede recibir las comidas gratis o a precio reducido por los **primeros 30 días de clases**. Después de que usted someta una solicitud para el **nuevo** año escolar, recibirá una carta con el estatus de su hijo para este nuevo año escolar. Si el estatus de su hijo ha cambiado desde el último año; un aumento en los beneficios ocurrirá en 24 horas y una rebaja en los beneficios ocurrirá dentro de 10 días laborables después de que se haya procesado la solicitud.
3. Si su hijo no estaba en BPS el año pasado, por favor devuelva la solicitud lo más pronto posible. Hasta que procesemos la solicitud para este año, su niño tendrá que pagar el precio completo de las comidas.
4. **Tengo más de un hijo. ¿Tengo que llenar una solicitud para cada niño?** No. Por favor utilice una “Solicitud Familiar para los Beneficios de Alimentos” para todos los estudiantes en su hogar.
5. **¿Quién puede recibir comidas gratuitas?** Los niños en los hogares que reciben ayuda del **Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición -SNAP o TAFDC (por sus siglas en inglés)** pueden recibir las comidas gratis **sin importar su ingreso**. Además, los niños pueden recibir las comidas gratis si el ingreso en su hogar está dentro de los límites en la Guía de Ingreso Federal.
6. **¿Pueden los hijos de crianza (“foster children”) recibir comidas gratuitas?** Sí, los hijos de crianza que están bajo su responsabilidad legal de una agencia o la corte, son elegibles para las comidas gratuitas. Cualquier niño de crianza en el hogar es elegible para las comidas gratuitas sin importar el ingreso y es considerado parte del tamaño del hogar. Sin embargo, los padres/encargados deben indicar cuál niño es un hijo de crianza en la solicitud de alimentos marcándolo con una **X** en el encasillado número **I** (a la derecha) de la solicitud.
7. **¿Pueden los niños sin hogar/o que han huido recibir alimentos gratis?** Sí. Por favor llame a **Mary William, la persona enlace de los Niños sin Hogar de BPS al 617-635-8037**, para verificar si su(s) niño(s) califica(n), si usted no ha sido notificado que recibirán los alimentos gratuitos.
8. **¿Quién puede recibir los alimentos a precios reducidos?** Su(s) hijos(s) puede(n) recibir las comidas a precio reducido si el ingreso del hogar está dentro de los niveles de la Tabla de Ingreso Federal para los precios reducidos (llame a la cafetería de la escuela o al Departamento de Solicitudes de Alimentos al 617-635-6371 ó 6372 para esta información).
9. **Recibí una “Notificación de Certificación Directa” de BPS en agosto diciéndome que mi hijo califica para las comidas gratuitas. ¿Debo llenar la solicitud?** No, no necesita llenar la solicitud. Por favor lea la carta que recibió cuidadosamente y guárdela en caso de que haya cualquier pregunta en el futuro. La escuela a la que su hijo

asiste ha sido notificada de su elegibilidad. Sin embargo, si necesita información adicional, llame al departamento de servicios de alimentos al 617-635-6371/6372.

10. **Yo recibo WIC. ¿Puede mi hijo recibir las comidas gratis?** Los niños en los hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Por favor llene la solicitud.
11. **No tengo número de seguro social. ¿Puede mi hijo recibir las comidas gratis o a precio reducido?** Sí. Sin embargo, debe *marcar el encasillado* número **6** de la solicitud que dice “No tengo un número de Seguro Social.”

******La nueva guía federal no requiere el número completo de seguro social, solo los últimos cuatro dígitos.******

12. **¿Se verificará la información que proporcione?** Sí, el personal de los Servicios de Alimentos y Nutrición de BPS verificará un número de solicitudes cada año. Si su solicitud es seleccionada para ser verificada, se le pedirá que provea documentación de su ingreso, o la información enumerada en la solicitud.
13. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitar después?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su hogar aumenta, disminuye o si comienza a recibir ayuda del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición - **SNAP, TAFDC** u otros beneficios. Si pierde su trabajo, sus hijos podrían ser elegibles para recibir las comidas gratis o a precio reducido.
14. **Si me niegan la solicitud para las comidas gratis o a precio reducido y yo no estoy de acuerdo, ¿qué puedo hacer?** Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre el estatus de las comidas de su hijo, puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a:

BPS Department of Food & Nutrition Services (Dirección temporal)
Higginson Building
160 Harrishof Street, Roxbury, MA 02119
617-635-9144

15. **Alguien en mi hogar no es ciudadano de los E.U. ¿Puedo solicitar de todas maneras comidas gratis o a precio reducido para mi hijo?** Sí. Usted o su(s) hijos(s) no necesitan ser ciudadanos de los E.U. para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido.
16. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar?** Usted debe incluir a *todas las personas que viven en su hogar, ya sea que estén relacionados o no (incluyendo a los abuelos, otros parientes o amigos)*. También incluya a los que no son ciudadanos de los –E.U. Debe de incluirse a usted mismo y a todos los niños que viven con usted. Si vive con otras personas que son independientes económicamente (por ejemplo, personas a las que usted no sostiene económicamente y no comparten el ingreso con usted o con sus hijos y que pagan una parte de los gastos, no los incluya.)
17. **¿Qué tal si mi ingreso no es siempre el mismo?** Escriba la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si normalmente recibe \$1,000 cada mes, pero perdió unos días de trabajo y solo recibió \$900, diga que recibe \$1,000 al mes. Si usualmente hace tiempo extra, inclúyalo, pero no lo incluya si solo lo hace de vez en cuando.
18. **Estamos en el servicio militar. ¿Incluimos nuestro subsidio de vivienda como ingreso?** Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe de ser considerado parte del ingreso. Sin embargo, si su casa es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no tiene que incluir el subsidio de vivienda como ingreso.
19. **Mi esposo(a) ha sido desplegado a una zona de combate. ¿Es su salario de combate considerado como ingreso?** No, si el salario de combate es recibido además de su salario básico debido a su despliegue y fue recibido antes del despliegue, el salario de combate no se cuenta como ingreso. Comuníquese con su escuela para más información.
20. **Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas a los que podamos solicitar?** Para saber cómo solicitar a la Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) u otros beneficios de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al (1-866-950-3663).

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, llame al **Departamento de Alimentos y Servicios de Nutrición**, al 617-635-9144/ 6371/ 6372 para asistencia.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE ALIMENTOS

La “Solicitud Familiar para los Beneficios de Alimentos” será procesada por una máquina. Para poder procesar su solicitud rápidamente, por favor lea los siguientes consejos de cómo llenar la solicitud.

STOP Si usted recibió una **Notificación de Certificación Directa** del distrito escolar para las comidas gratuitas, no llene esta solicitud. Pero dígame a la escuela si algunos niños en el hogar **no** están enumerados en la carta de la Notificación de Certificación Directa que recibió.

1. Lea la información y las piezas instructivas proporcionadas en la parte de atrás de la solicitud y en este folleto para ayudarlo a recorrer la solicitud fácilmente. Las solicitudes están disponibles en 8 diferentes idiomas (***combinación de inglés/español, portugués, haitiano/criollo, caboverdiano, chino, vietnamita y somalí***). Si esta solicitud no está en su idioma, por favor llame a la escuela de su hijo o al Departamento de Alimentos y Servicios de Nutrición para asistencia al 617-635-6371 ó 6372.
2. Si **no está interesado** en recibir comidas gratuitas o a precio reducido, por favor indíquelo en el número **4** y devuélvalo a la escuela de su hijo.

3. Para completar este formulario, POR FAVOR:
 - a. Use tinta negra (**no use lápiz**).
 - b. Escriba de manera legible
 - c. Utilice LETRAS MAYÚSCULAS SOLAMENTE
 - d. Escriba *claramente* dentro de los encasillados

El diagrama muestra un formulario con un fondo azul claro. En la parte superior hay dos botones blancos con bordes azules: el izquierdo contiene el texto "No.." y el derecho contiene "¡Sí!". Debajo de estos botones hay tres cuadros blancos con bordes azules. El primer cuadro contiene una letra mayúscula "A" en negro. El segundo cuadro contiene una letra minúscula "a" en negro. El tercer cuadro contiene una letra mayúscula "A" en negro.

4. Si no le cabe toda la información en los espacios disponibles, sólo escriba lo que le sea posible.
5. Por favor **no doble o engrape** nada en la solicitud.
6. Escriba el apellido, nombre e inicial, número de identificación de estudiante, grado, nombre de la escuela con letra de imprenta y marque si el niño por el que está solicitando es un hijo de crianza, en el **número 1**.

Un niño de crianza está al **cuidado** y **custodia** del estado pero reside en su hogar. El estado ya no requiere una solicitud separada para los niños de crianza como parte del tamaño del hogar.

7. **Si tiene más de seis estudiantes en el número 1, ó más de otros cinco miembros en el hogar en la Parte 4**, por favor escriba la información en una hoja de papel separada y sométala con la solicitud. Asegúrese de incluir el nombre del niño y la escuela.
8. Para las familias/estudiantes que reciben beneficios de TAFDC/SNAP: Asegúrese de **escribir** el número de caso de SNAP o TAFDC en el número **2**. (Este es el número de *identificación de la agencia asignado*, el cual está localizado *arriba, en el lado derecho* de la carta de beneficios del Departamento de Asistencia Transitoria).

9. Niños sin hogar/fugitivos/emigrantes, número **3**: Si el niño por el que está solicitando está sin hogar, se encuentra huyendo o es emigrante, coloque una X en el encasillado disponible en la solicitud y llame a Mary William al teléfono 617-635-8037.
10. **Ingreso reportable**: La elegibilidad para las comidas gratuitas o a precios reducidos está basada en el **ingreso mensual** combinado **de todos los miembros del hogar**. Por favor mencione todos los ingresos incluyendo: salario, propinas, beneficios de huelga, compensación de desempleo, compensación de trabajador, ingreso de empleo propio o granja, pensión, jubilación, seguro social, ingreso suplementario u otro ingreso. Las ganancias deben ser reportadas antes de los impuestos o deducciones en el número **4** de la solicitud.
11. **Los números (4, 5 y 6)**: Escriba los nombres de todas las personas en el hogar, ya sea que reciban o no un ingreso. Inclúyase a usted, el(los) niño(s) por el(los) que solicite, otros niños, su esposo(a), abuelos y todos los miembros que vivan en su hogar. Utilice otra hoja de papel si es necesario.
12. Escriba la cantidad del ingreso actual que cada miembro del hogar recibe, antes de los impuestos (ingreso bruto) e indique de dónde viene, tal como: ingreso, bienestar y pensiones, etc. Especifique cuán seguido este ingreso es recibido: **Semanal (W), Bi-semanal (E), 2 X al mes (T) y mensual (M)**.
13. Si *no quiere los beneficios* marque el encasillado número **4** de la solicitud.

Esta solicitud no puede ser procesada sin los últimos cuatro dígitos del número de seguro social y la firma. Si no tiene un número de seguro social, por favor marque el encasillado "No tengo un #SS" en el número 6.

Guía de ingresos y precios de las comidas de los Servicios de Alimentos de las Escuelas Públicas de Boston

| Guía de Elegibilidad para Beneficios de Alimentos 2011-2012 | | | |
|---|--------|---------|---------|
| Tamaño del Hogar | Anual | Mensual | Semanal |
| 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 |
| Cada persona adicional: | 7,067 | 589 | 136 |

| Precios de las Comidas para el Año Actual | | |
|---|-----------------|-----------------|
| Tipo de comida | Precio completo | Precio reducido |
| Desayuno: | \$1.50 | \$0.30 |
| Almuerzo Elemental: | \$2.25 | \$0.40 |
| Escuela intermedia y secundaria: | \$2.50 | \$0.40 |