GARFIELD PUBLIC SCHOOLS

ANNA SCIACCA
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

34 OUTWATER LANE, GARFIELD, NEW JERSEY 07026
973-340-5000
FAX 973-340-4620

Augusto 2020

Estimado padre, madre o tutor:

Nos complace informarles que su escuela está participando en un nuevo programa federal ofrecido a escuelas selectas como parte del Programa Nacional de Almuerzo en las Escuelas llamado Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP por Community Eligibility Provision). Nuestra participación significa que todos los alumnos que asisten a ***Abraham Lincoln School #6*** son elegibles para **recibir desayuno y almuerzo sin cargo alguno durante todo el año escolar en curso**. Por lo tanto, las familias no necesitan completar el formulario federal intitulado "Solicitud de Comidas Gratuitas o Rebajadas o Leche Gratis". Sin embargo, otros programas educativos financiados por el Estado de New Jersey requieren que nuestra escuela recopile información similar sobre los hogares de todos los alumnos.

Para poder recopilar la información para el Estado, el Departamento de Educación de New Jersey ha desarrollado una Encuesta de Información sobre Hogares. Le suplicamos dedicar un momento a completar este formulario y entregarlo en la escuela de su hijo(a). Su participación es esencial para que podamos proporcionarle al Departamento de Educación la información que necesita para asegurar que nuestra escuela continúe recibiendo financiamiento estatal crítico.

Las encuestas deben recibirse a más tardar para el ***October 1st***. Deben entregarse tan pronto como sea posible, y sin marcas o tachones. Encontrará información y encuestas adicionales en el siguiente enlace: http://www.state.nj.us/education/finance/cep/:

Si necesita asistencia, comuníquese con *National School Lunch Program Coordinator at 973-340-5000 ext 2308.*

Gracias de antemano por su cooperación en este asunto importante.

Atentamente,

Anna Sciacca
Superintendente de Escuelas

WE ARE AN AFFIRMATIVE ACTION/ EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYEE
We Do Not discriminate as to Age, Race, Creed, National Origin, Gender, Sexual Orientation, or Disability

GARFIELD PUBLIC SCHOOLS

ANNA SCIACCA
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

34 OUTWATER LANE, GARFIELD, NEW JERSEY 07026
973-340-5000
FAX 973-340-4620

Letter to Households in Schools/Districts Participating in
Community Eligibility Provision

Estimado Padre o Encargado:

Estamos contentos de informarle que Abraham Lincoln School #6

school(s)/district estara introduciendo una nueva opcion para escuelas que participan en el Programa Nacional de Almuerzos y Desayunos escolares llamado Provision de Elegibilidad en la Comunidad, (CEP) en el año escolar 2020-2021.

Los estudiantes de Abraham Lincoln School #6

school(s)/district implementando CEP podran recibir un desayuno y almuerzo saludable gratis todos los dias de clase durante el año escolar 2020-2021.

Esta carta es para informarle que su(s) nino(s) participaran en el programa de comidas escolares sin tener que ser responsables por el costo o llenar una solicitud.

Se le puede pedir completer una Encuesta de Información sobre Hogares. Su participación es esencial para que podamos proporcionarle al Departamento de Educación la información que necesita para asegurar que nuestra escuela continúe recibiendo financiamiento estatal crítico.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contacte (a) (973)340-5000 ext. 2308

De conformidad 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), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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;

(2) fax: (202) 690-7442; o

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Departamento de Educación de New Jersey

Encuesta de Información sobre Hogares 2020–2021

Condado: Bergen Distrito: Garfield Escuela: Abraham Lincoln School #6

Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a).

Part A. Miembros del hogar

Llene la información para cada persona que viva en su hogar (adultos y niños) Si necesita ayuda para determinar quién debe ser incluido como parte de su hogar, consulte las instrucciones en la segunda página

Enumere a todos los que vivan en su hogar: Nombres (*Apellido[s], Nombre[s]*)	Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX	Nombre de la escuela a la que asiste el alumno (si corresponde)	Grado escolar	Información sobre el alumno (indique lo que corresponda)			
				Migrante	No tiene hogar	Bajo crianza	En Head Start
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

* **Si en su hogar viven más de 8 personas**, enumere a las personas adicionales en una hoja de papel aparte, y **siga las instrucciones en la Parte C.**

Parte B. Beneficios recibidos (si corresponde)

1) Si alguien de su hogar recibe FDPIR, TANF o SNAP, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s): ☐FDPIR ☐TANF ☐SNAP
2) Si marcó alguna casilla, escriba el nombre completo (apellido[s], nombre[s]) y el número de caso de 10 dígitos de cualquier persona que reciba ese beneficio, y pase a la Parte D.

Nombre:_____ Caso No:_____

Parte C. Tamaño del hogar e ingreso bruto (antes de deducciones). Si necesita ayuda para determinar su ingreso anual, consulte la página 2 de la encuesta.

- Hogares hasta con 8 personas: Marque la casilla a continuación que refleje el Rango de ingreso anual correspondiente al ingreso anual total en su hogar.
- Si en su hogar viven más de 8 personas, **NO** marque un rango de ingresos, sino que siga las instrucciones especiales que aparecen debajo de las casillas 1 a 17.

Rangos de ingreso anual en el hogar*

1. ☐ $0–$16,588	5. ☐ $28,237–$31,894	9. ☐ $40,183–$45,708	13. ☐ $56,759–$57,356
2. ☐ $16,589–$22,412	6. ☐ $31,895–$34,060	10. ☐ $45,709–$48,470	14. ☐ $57,357–$65,046
3. ☐ $22,413–$23,606	7. ☐ $34,061–$39,884	11. ☐ $48,471–$51,532	15. ☐ $65,047–$73,334
4. ☐ $23,607–$28,236	8. ☐ $39,885–$40,182	12. ☐ $51,533–$56,758	16. ☐ $73,335–$81,622
			17. ☐ $81,623+

* **Instrucciones especiales para hogares donde vivan más de 8 personas:** NO marque las casillas anteriores. En lugar de ello, complete lo siguiente:

Tamaño del hogar (cantidad de personas):_____ Ingreso anual total: $_____

Parte D: Certificación - El cabeza de hogar o el adulto designado que completó este formulario debe completar esta sección.

Yo certifico (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verídica y que se ha comunicado todo el ingreso según entiendo. Entiendo que este formulario puede afectar la cantidad de financiamiento estatal o federal asignado a mi distrito escolar local. Entiendo que la información que he proporcionado puede ser verificada.

Firme Aqui: X_____ Nombre en letra de imprenta:_____ Fecha:_____

Últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social (opcional): XXX-XX-__-__-__-__ (podría usarse para verificar la precisión de la información provista)

Dirección:_____ Ciudad:_____ Código postal:_____

Tel. de casa:_____ Tel. de trabajo:_____ Correo electrónico (opcional):_____

NO llene esta sección. Es para uso exclusivo de la escuela.

Status: F☐ R: ☐ N: ☐

Reason for ineligibility:

Determining Official's Signature:_____ Date:_____

Confirming Official's Signature:_____ Date:_____

Departamento de Educación de New Jersey

Encuesta de Información sobre Hogares

Esta encuesta se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir beneficios estatales para los que su(s) hijo(a)(s) podría(n) calificar.
Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a).

Parte A: ¿A quién debo incluir como parte de mi "Hogar"?
Se debe incluir usted mismo y todas las personas que vivan en su hogar, estén o no emparentadas (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes y amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que sean económicamente independientes (no comparten su ingreso con usted ni con sus hijos, y pagan por una parte de los gastos), no las incluya.

Parte B: ¿Cuáles son los beneficios recibidos?

- **TANF**: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de NJ (WorkFirst NJ)
- **SNAP**: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes llamado cupones de alimentos)
- **FDPIR**: Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

Parte C: ¿Qué se incluye en "Ingreso anual en el hogar"?
El Ingreso anual en el hogar incluye lo siguiente:

- **Ganancias brutas en el trabajo**: Indique su ingreso bruto, no el dinero que se lleva a casa. Ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se encuentra en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor le puede proporcionar esta información. El ingreso neto solo debe reportarse si tiene un negocio propio, una granja o ingreso derivado de un alquiler.
- **Asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia**: Incluya la cantidad total que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes. *No* incluya pagos de SNAP o FDPIR.
- **Pensiones, jubilación, Seguro Social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios de VA) y beneficios por incapacidad**: Incluya la cantidad que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes.
- **Todos los demás ingresos**: Incluya el ingreso de todas las personas de su hogar: compensación a trabajadores, beneficios de desempleo o huelga, ingreso derivado de un alquiler, intereses y dividendos, contribuciones regulares recibidas de quienes no vivan en su hogar, y cualquier otro ingreso percibido. *No* incluya ingreso de WIC, beneficios educativos federales ni pagos por cuidado de crianza recibidos por miembros de su hogar.
- **Subsidios militares para vivienda y sueldo por combate**: Incluya subsidios para vivienda fuera de la base militar y subsidios para comida o ropa. *No* incluya la Iniciativa militar para vivienda privatizada ni el sueldo por combate.
- **Sueldo por horas extra**: Incluya el sueldo por horas extra *solamente* si lo recibe periódicamente.

¿Cómo calculo el ingreso total en el hogar recibido de diversas fuentes y/o de manera semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual?

1) Anualice el sueldo correspondiente a cada fuente de ingreso basándose en las definiciones anteriores para cada miembro del hogar.
   a. Use la tabla a continuación para convertir su sueldo a una cantidad de Ingreso anual.

Frecuencia del pago	Cantidad de conversión a ingreso anual
Semanal	= 52 × ingreso bruto semanal (no el dinero que lleva a casa)
Quincenal (cada dos semanas)	= 26 × ingreso bruto quincenal (no el dinero que lleva a casa)
Dos veces al mes	= 24 × cantidad bruta recibida dos veces al mes (no el dinero que lleva a casa)
Mensual	= 12 × ingreso bruto mensual (no el dinero que lleva a casa)

2) Sume el sueldo anualizado de cada persona de su hogar y obtendrá el ingreso total anual en el hogar para la Parte C

3) Si en su hogar viven 8 personas o menos, marque la casilla que muestre el rango de su ingreso total. Si en su hogar viven más de 8 personas, no marque ninguna casilla; en lugar de ello, anote cuántas personas viven en el hogar y el ingreso anual total de todas ellas en el espacio correspondiente.

Encontrará información adicional sobre esta encuesta en: http://www.nj.gov/education/finance/cep/.

COMPARTIENDO INFORMACION CON MEDICAID o NJ FAMILYCARE

Estimado Padre de Familia/Encargado:

Si sus nifios reciben comidas escolares a ningun costo, elias podrfan recibir tambien seguro medico gratis o a bajo costa a traves de Medicaid o El Programa Estatal de Segura de Salud para Nifios (NJ FamilyCare). Los nifios con seguro de salud tienen mas oportunidad de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela par razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los nifios, la **ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niiios califican para comidas gratis *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.*** Medicaid y NJ FamilyCare solamente usan la informacion para identificar a nifios que podrfan calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrfan contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos. El hecho de que sea elegible para comidas escolares gratis no inscribe automaticamente a sus hijos para seguro medico.

Si usted no quiere que nosotros compartamos la informacion con Medicaid o NJ FamilyCare, llene la forma que aparece abajo y envfela. (El enviar esta forma no cambiara el que sus hijos reciban comidas escolares gratis).

O **No. Yo NO QUIERO** que mi informacion compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Segura de Salud para Nifios (NJ FamilyCare).

Si usted marco no, por favor llene el siguiente formulario para asegurar que su informacion NO sea compartida de su(s) niiio(s) que se enumeran a continuacion:

Nombre del Nifio(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Nifio(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Nino(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Nino(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre en molde: _____ Direccion: _____

Devuelva esta hoja a Ia escuela de su hijo si usted NO desea que esta informacion sea compartida con NJ FamilyCare o Medicaid.