



LIFT-UP OF ROUTT COUNTY

2125 Curve Court
Steamboat Springs, CO 80487
970-870-8804
communitysupport@liftuprc.org

Programa de Bocadillos Escolares de Lift-Up

Estimados Padres,

Lift Up se ha emparejado con la escuela de su hijo para ofrecer bocadillos nutritivos para los niños durante la semana escolar, GRATUITAMENTE. Su hijo es elegible para participar en este programa si el/ella califica por el Programa de Almuerzo Gratis o Rebajado o si presentemente esta recibiendo comida o servicios de Lift Up o del Departamento de Servicios Humanos o basado en las respuestas de las preguntas en este cuestionario. Si usted no esta seguro si su hijo califica, se puede comunicar con nosotros en Lift Up; nosotros podemos ayudarle a determinar si su hijo/a es elegible.

Nosotros creemos que los bocadillos nutritivos que proveemos al salón nos ayudarán a cumplir nuestra meta de apoyar la salud, el bienestar y el desempeño de los niños de edad escolar del Condado de Routt a través de asegurar que no estén preocupados por el hambre. Por favor llámeme al (970) 870-8804 si tiene cualquier pregunta acerca de nuestro programa.

Cuando el Programa de Bocadillos Escolares comience, los maestros del salón darán bocadillos cada día durante la semana escolar a los estudiantes quienes participan en el programa. Esos estudiantes continuaran a recibir bocadillos hasta que salgan de la escuela o hasta que eligen no participar en el programa.

Si usted cree que su hijo u otro niño que usted conoce beneficiaría de esta ayuda, por favor regístrelo usando la aplicación al otro lado de esta hoja. (Cuando complete la hoja, por favor llévela a la oficina escolar.) Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con Heidi Mendisco o Angela Mackey (traductora del español) en Lift Up (970) 870-8804.

Esperamos ayudarle a su hijo para que tenga un año escolar productivo y positivo.

Sinceramente,

Heidi Mendisco
Encargado del Apoyo Comunitario
Lift-Up of Routt County



LIFT-UP OF ROUTT COUNTY

2125 Curve Court
 Steamboat Springs, CO 80487
 970-870-8804
communitysupport@liftuprc.org

Programa de Bocadillos Escolares de Lift-Up

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| Información del Estudiante (Por favor complete una hoja separada para cada niño/a) | | |
| Nombre del Niño | Escuela | |
| Nombre del Maestro | Año Escolar | |
| Referido Por: | Padre <input type="checkbox"/> | Maestro <input type="checkbox"/> |
| | | Administrador <input type="checkbox"/> |
| Nombre | | |
| Correo Electrónico | | Teléfono |
| Calificación de Bajos Ingresos: SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Gratis o Rebajado <input type="checkbox"/> Cliente de LiftUp <input type="checkbox"/> | | |
| Escoja uno y proporcione el numero de cuenta o ingresos mensuales: _____ | | |

Favor de contestar las siguientes preguntas sobre su niño/alumno:

| | SI | A VECES | NO |
|---|----|---------|----|
| 1. ¿Su niño/alumno experimenta hambre significativa durante el día escolar? | | | |
| 2. ¿Pedía más bocadillos aún después de almorzar? | | | |
| 3. ¿Expresaba un deseo de tener bocadillos parecidos a los de sus compañeros? | | | |
| 4. ¿Usted siente que el niño/alumno necesita más comida nutricional de lo que él/ella está recibiendo? | | | |
| 5. ¿Demuestra mal comportamiento en la escuela debido al hambre o nutrición inadecuada? | | | |
| 6. ¿Demuestra atención corta o incapacidad de concentrarse en la escuela debido al hambre o nutrición inadecuada? | | | |
| 7. ¿Demuestra señas de fatiga y/o baja energía? | | | |
| 8. ¿Parece que no se puede llevar bien con otros debido a los problemas nutricionales? | | | |

Incluso si la familia no está registrada en otro programa de bajos ingresos, su niño o alumno puede calificar para el programa basado en las respuestas dadas aquí.

Yo, (su nombre) _____, autorizo que mi hijo/estudiante
 (nombre del niño) _____, participe en el **Programa de Bocadillos Escolares de Lift Up**.

FIRMA _____

Por favor devuelva esta hoja a la oficina de la escuela de su hijo/a.

