

Año escolar 2018-2019 Distrito Unificado Escolar de Placentia-Yorba Linda Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

Departamento de Educación de California, Revisado en abril de 2017

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. También puede hacer su solicitud en línea en www.PYLUSDNUTRITION.ORG Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el nombre de la escuela y el grado escolar		Anote la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está Bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.			
				Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1^o	12-15-2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si contestó **NO**, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó ‘SÍ’ en el PASO 2)

Si contestó **SÍ**, marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4.

CalFresh CalWORKs FDIPIR

Anote el número de caso: _____

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1.

Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: **S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Ingresos totales de los estudiantes	Frecuencia
\$ _____	_____

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote “0”. Si anota “0” o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: **S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	Frecuencia
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si **NO tiene SSN**

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del adulto que llenó esta solicitud:

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

How Often? Weekly Bi-Weekly Twice a Month Monthly Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size

Eligibility Status: Free Reduced-price Paid (Denied)

Verified as: Homeless Migrant Runaway

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Total Household Income

\$ _____

Categorical

Error Prone

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marque uno):

Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más):

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático

Negro o afro estadounidense

Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico Blanco

Distrito Escolar Unificado Placentia Yorba Linda

Forma de Inscripción Confidencial del Acta de Asistencia McKinney

SOLAMENTE COMPLETE SI UNO DE LOS SIGUIENTES APLICA.

***POR FAVOR, MARQUE SI LAS CONDICIONES DE VIVIENDA SE APLICA A SU ESTUDIANTE:**

_____ Viviendo en un albergue u hogar de transición (código de programa 100)

_____ Viviendo en un hotel o motel (código de programa 110)

_____ Viviendo con amigos o familiares, o rentando un cuarto de otra familia, debido a dificultad económica, pérdida de vivienda, o razón similar (código de programa 120)

_____ Viviendo en campamento, parque, cochera o en su carro (código de programa 130)

Si usted y su familia están viviendo en una de las situaciones en el cuadro gris anterior, complete este formulario solamente. Las solicitudes de alimentos no son necesarios si el estado de McKinney - Vento es aprobada. Se le califica automáticamente para recibir comidas gratis, una vez que los servicios de nutrición son notificados de McKinney Vento elegibilidad por el contacto en el Distrito. Otros servicios **pueden** incluir el acceso a tutoría y orientación, así como ayudar con las necesidades de la escuela, tales como útiles escolares, uniformes y mochilas. *Esta forma ayuda al personal de la escuela en el cumplimiento de las directrices legales para la escolarización de los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad para los servicios prestados en virtud de la Ley de Asistencia McKinney - Vento (Título X, Parte C de la ley No Child Left Behind).*

Por favor, enliste a todos los estudiantes en PYLUSD que vive en su hogar:

Nombre	Grado	Fecha de Nacimiento	Escuela

Nombre del Padre/Guardián _____ Joven no acompañado? Sí__ No__
 (Apellido) (Primer Nombre)

Domicilio _____

Número Telefónico () _____ o () _____

Yo, declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

For District Office Use Only (Para uso del Distrito solamente)

Transportation Bus Pass issued? ____ yes ____ no date: _____

Backpack/School Supplies Issued? ____ yes ____ no date: _____

Christmas Gift Program Included? ____ yes ____ no date: _____

Tutoring Program Enrolled? ____ yes ____ no date: _____

McKinney Vento Liaison Signature: _____ date: _____

***School sites: Please copy this form and place into your McKinney Vento binder for later use.
Send original to Jon Matson at the Assessment Center either by district mail, fax, or scan.**

Distrito Unificado Escolar de Placentia-Yorba Linda

Servicios de Nutrición

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrar tiempo y esfuerzo, la información proporcionada en la escuela Precio solicitud para comidas gratis oa precio reducido puede ser compartida con otros programas sólo sobre su consentimiento. Para los siguientes programas, debemos tener su permiso para compartir su información. El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos califican para comidas gratis oa precio reducido.

- Sí! Deseo** que Servicios de Nutrición comparta información sobre el estado de mi beneficio de comida con el **Departamento de Transporte** para la aprobación de transporte escolar o transporte deportivo gratis o a precio reducido.

- Sí! Deseo** que Servicios de Nutrición comparta información sobre el estado de mi beneficio de comida con los consejeros de la escuela para los honorarios libres o reducidos de **pruebas AP**.

- No! NO deseo** que la información con respecto al estado de mi beneficio de comida sea compartida con otros programas.

Si marcó sí a cualquiera de las casillas anteriores, llene el siguiente formulario para asegurar que su información es compartida por el niño(s) listados a continuación. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre de Hijo/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Hijo/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Hijo/a: _____ Escuela: _____

Nombre de Hijo/a: _____ Escuela: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Dirección: _____

Para más información llamar a Servicios de Nutrición (714) 985-8610
Devuelva este formulario con su solicitud para comida gratis oa precio reducido

PYLUSD Nutrition Services
4999 Casa Loma Avenue
Yorba Linda, CA 92886