

Estimado padre, madre o tutor:

San Gabriel Unified School District participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program ) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por **\$2.25 para los grados K-8 & \$2.50 para los grados 9-12** y los desayunos por **\$1.00**. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis o al precio reducido. El precio reducido es \$0.00 por el almuerzo y \$0.00 por el desayuno por el año escolar 2018-2019. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Un método sencillo y seguro de solicitar la asistencia es usar nuestra solicitud que se encuentra en línea en [www.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com).

**REQUISITOS:** Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

A partir del 1 de julio de 2018 y hasta el 30 de junio de 2019					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$22,459	\$1,872	\$936	\$864	\$432
2	\$30,451	\$2,538	\$1,269	\$1,172	\$586
3	\$38,443	\$3,204	\$1,602	\$1,479	\$740
4	\$46,435	\$3,870	\$1,935	\$1,786	\$893
5	\$54,427	\$4,536	\$2,268	\$2,094	\$1,047
6	\$62,419	\$5,202	\$2,601	\$2,401	\$1,201
7	\$70,411	\$5,868	\$2,934	\$2,709	\$1,355
8	\$78,403	\$6,534	\$3,267	\$3,016	\$1,508
<b>For each additional family member add</b>	\$7,992	\$666	\$333	\$308	\$154

**SOLICITUD DE LA ASISTENCIA:** No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no reúne los requisitos en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere llenar una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, llene una solicitud.

**PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a San Gabriel Unified School District. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo cuidado adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.
- Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.
- Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

**NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al 626-451-5400 para obtener ayuda.

**NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

**AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Isabel Millan, 408 Junipero Serra Dr, San Gabriel, CA 91776, 626-451-5453.

**PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE:** La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas

gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov).

The governing board of the SGUSD has designated the use of individual records to also be used solely for the purpose of disaggregation of academic achievement data

- Anote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO** – La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, su información de contacto y la fecha de hoy.

**OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR u otro identificador de FDIPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

**SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Póngase en contacto con Lorena Campos al 626-451-5453.

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en 408 Junipero Serra Drive, San Gabriel, CA 91776 o en la oficina de la escuela. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,  
Isabel Millan, Director, Food Service Department

## Año escolar 2018–19 San Gabriel Unified School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

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.schoolcafe.com](http://www.schoolcafe.com). 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 <b>CADA ESTUDIANTE</b> (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 <b>bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.</b>			
				Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>Lincoln Elementary</b>	<b>1<sup>o</sup></b>	<b>12-15-2010</b>	<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**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó <b>SÍ</b> , marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4. <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Anote el número de caso:
---	--------------------------

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

<b>A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:</b> En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos <b>BRUTOS TOTALES</b> (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. <b>Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:</b> S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual	Ingresos totales de los estudiantes	Frecuencia
	\$	

<b>B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):</b> Anote a <b>TODOS</b> los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, <b>incluso si no reciben ingresos</b> . Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos <b>BRUTOS TOTALES</b> (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 (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. <b>Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:</b> S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual
--

Anote el nombre de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> 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
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

<b>C. Total de miembros del hogar</b> (Niños y adultos)	<input type="text"/>	<b>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</b>	<input type="text"/>	Marque la casilla si <b>NO tiene SSN</b> <input type="checkbox"/>
---	----------------------	---	----------------------	---

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)		
How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income	
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$	
Total Household Size <input type="text"/>	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)	
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	
Determining Official’s Signature:	Date:	
Confirming Official’s Signature:	Date:	
Verifying Official’s Signature:	Date:	

### 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:		
Cuidado:	Estado:	Código Postal:
Correo electrónico:		

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS	
<i>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</i>	
<b>Origen étnico (marque uno):</b>	
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino
<b>Raza (marque una o más):</b>	
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco