

CARTA A LOS HOGARES SOBRE EL PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL Y EL PROGRAMA DE DESAYUNO ESCOLAR PARA 2018-2019

Estimados Padre o Tutor:

	Elementar	Secón dari	Reducido
Desayuno	\$2.00	\$2.25	\$.30
Almuerzo	\$3.00	\$3.50	\$.40

- Si usted ahora recibe beneficios de estampillas para comida, CalFresh, Kinship Guardianship Assistance Payments (KinGAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), su niño puede recibir comidas gratis.
- Si el total de los ingresos de su hogar es igual o menos del nivel indicado en la escala de ingresos abajo, su niño puede recibir comidas gratis o a precios reducidos. Hogar significa un grupo de parientes o no parientes, individuos viviendo como una unidad económica y que comparten los gastos de subsistencia. Gastos de vivienda incluye renta, ropa, comida, gastos médicos y gastos de utilidades.
- Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte puede recibir comidas gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta los ingresos del hogar.

COMO APLICAR

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos para su niño(s), llene la adjunta Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precios Reducidos, firmela, y regrésela a la escuela lo más pronto posible. La solicitud no puede ser aprobada al menos que contenga información completa sobre la elegibilidad.

HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalFresh, KinGAP, o FDPIR—Si ahora recibe beneficios de estampillas para comida, CalFresh, o FDPIR para su niño(s), escriba el nombre de cada niño y él numero del caso de las estampillas para comida, CalFresh, KinGAP, o FDPIR. **UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR TIENE QUE FIRMAR LA SOLICITUD EN LA SECCIÓN C.**

NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER) O INSTITUCIONALIZADOS—Utilice una solicitud por cada niño adoptivo (foster) o institucionalizado que está bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte.

Escriba el nombre del niño adoptivo (foster) o institucionalizado y la escuela particular que el niño atiende. Si el niño adoptivo (foster) o institucionalizado recibe ingreso para uso personal, apunte la cantidad del ingreso. "Ingreso para uso personal" es (a) dinero recibido de la oficina de asistencia publica identificado por categoría para el uso personal del niño, tal como ropa, cobros de escuela, y otras cantidades permitidas; y (b) cualquier otro dinero que el niño recibe, tal como dinero de su familia y dinero que proviene del trabajo del niño, ya sea el trabajo de tiempo completo o de tiempo parcial regular.

El padre adoptivo o un oficial de la agencia tienen que firmar la solicitud en la **Sección C**.

Llene la Sección A, "ingreso de hogar" con todos los miembros y ingresos del hogar escritos, si un niño vive con parientes o amigos y aunque este bajo la responsabilidad legal de la corte.

HOGARES DE TODO OTRO TIPO DE INGRESOS (Sueldos, salarios, pensiones, etc.)—Si **no** indica un número de caso para las estampillas para comida, CalFresh, KinGAP, o FDPIR para **cada** estudiante en la solicitud, tiene que hacer lo siguiente:

- Escriba los nombres de todos los niños y las escuelas que atienden.
- Escriba los nombres de los otros niños quienes no atienden a ninguna escuela.
- Escriba los nombres de todos los adultos (21 años o mayores) y otros miembros del hogar, la cantidad que cada uno recibió el mes pasado, y el origen del ingreso.
- Escriba él numero de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud o la palabra "ninguno" si el adulto no tiene un numero de seguro social.

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud.

GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES

Copia de Solicitante

1 de Julio de 2018 - 30 de Junio de 2019

Personas En hogar	Semanal	Mensual	Anual
1*	\$ 432	\$1,872	\$22,459
2	\$ 586	\$2,538	\$30,451
3	\$ 740	\$3,204	\$38,443
4	\$ 893	\$3,870	\$46,435
5	\$1,047	\$4,536	\$54,427
6	\$1,201	\$5,202	\$62,419
7	\$1,355	\$5,868	\$70,411
8	\$1,508	\$6,534	\$78,403

Para cada miembro adicional del hogar añade:

\$ 154	\$ 666	\$ 7,992
--------	--------	----------

* Un hogar de una sola persona cosiste de uno niño adoptivo, un niño institucionalizado, o un estudiante que se sostiene a sí mismo.

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA-siglas en inglés), prohíbe a esta organización la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D. C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

INGRESO ACTUAL—La cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el mes pasado, antes de deducciones, el origen de los ingresos, tal como salarios/sueldos, asistencia pública, pensiones, y otros ingresos. Si alguna cantidad del mes pasado era más o menos que lo normal, escriba la cantidad mensual normal o proyecte el ingreso anual. Para calcular el ingreso mensual: semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2.

INGRESOS PARA REPORTAR

INGRESOS DE TRABAJO

Sueldos/Salarios/Propinas, Beneficios de Huelgas, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingreso neto de negocio propio o rancho.

ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO

Pagos de Ayuda Pública, Asistencia de Divorcio/Ayuda Económica Para Niños.

PENSIONES JUBILACIÓN SEGURO SOCIAL

Pensiones, Ingreso Complementario de Seguro, Pagos de Jubilación, Seguro Social.

OTROS INGRESOS

Beneficios de incapacidad, Dinero sacado de la cuenta de ahorros, Intereses/Dividendos, Ingresos de Herencia/ Fideicomiso/Inversiones, Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, Ingresos netos de derechos de autor, anualidades, alquileres, O cualquier otra ingre

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)

—Hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir comidas o leche gratis. EL FDPIR esta autorizado por la Sección 4(b) del Acta de Estampillas de Comida de 1977. Bajo esta sección, hogares elegibles pueden optar por participar en el programa de estampillas para comida o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los dos programas, hogares de FDPIR han sido determinados de recibir los mismos beneficios categóricos como los hogares que reciben estampillas para comida.

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

—La solicitud tiene que tener el número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un numero de seguro social, escriba "ninguno" o alguna otra cosa para indicar que el adulto no tiene un numero de seguro social. Si anotó un número de caso de estampillas para comida, CalFresh, KinGAP, o FDPIR para el niño, o si la solicitud es para un niño adoptivo (foster), un número de seguro social no es necesario.

LOS PARTICIPANTES DE WIC

—Si usted esta recibiendo beneficios del Programa Especial Fundamental de Nutrición para las Mujeres, los Infantes, y los Niños mejor conocido como el Programa WIC. Su niño/a puede ser elegible para recibir la comida gratis o a precio-reducido. Usted puede llenar una aplicación y regresarla a la oficina de la escuela para ser procesada.

SOLICITE BENEFICIOS

—Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero su ingreso baja, pierde su trabajo, o él numero de personas en su hogar aumenta, entonces puede llenar otra solicitud.

VERIFICACIÓN

—La información en la solicitud puede ser comprobada por oficiales de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir comprobantes de su ingreso, o elegibilidad actual para estampillas para comida, CalFresh, KinGAP, o FDPIR. Refiérase a la solicitud para una explicación más detallada.

COMIDAS PARA INCAPACITADOS (PERSONAS CON LIMITACIONES)

—Si piensa que su niño requiere una dieta especial o necesita sustituir algún alimento o modificar la textura de alguna comida a causa de una incapacidad o impedimento, favor de ponerse en contacto con la escuela. Un niño con una discapacidad o limitación tiene derecho a una comida especial sin precio adicional si la discapacidad le impide al niño comer la comida regular de la escuela.

SIN DISCRIMINACIÓN

—Niños que reciben comida gratis o a precios reducidos tienen que ser tratados en la misma manera que los niños que pagan precio completo por sus comidas.

AUDIENCIA IMPARCIAL

—Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a su solicitud o con el resultado de la verificación, puede discutirlo con la escuela. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial se puede solicitar llamando or escribiendo al siguiente oficial escolar:

Associate Superintendent
Monterrey Peninsula Unified School District
P.O. Box 1031 Monterey, CA 93942-1031
645-1282

CONFIDENCIALIDAD

—Información sobre él numero de personas en la familia, los ingresos del hogar, y él numero de seguro social permanecerá confidencial y no se divulgara por ningún motivo. La información que usted provee determinara la elegibilidad de su niño(s) para recibir comidas gratis or a precios reducidos y para verificar la elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en llenar la solicitud, favor de ponerse en contacto con:

Nutrition Services
Micha James, Director
Monterrey Peninsula Unified School District
540 Canyon Del Rey, Del Rey Oaks, CA 93940
392-3903 o Español 392-3961

La escuela le avisara cuando su solicitud sea aprobada o negada para comidas gratis o a precios reducidos.

Año escolar 2018-2019 MONTEREY PENINSULA 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. 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.

Application #

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	Migrante	Fugado del hogar
			<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"/>
			<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 **SÍ**, 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)

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)	<input type="text"/> <input type="text"/>	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Marque la casilla si NO tiene SSN <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	---

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:
Dirección:		
Correo electrónico:		Teléfono:

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): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino
Raza (marque una o más): <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

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 Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	Total Household Income \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Total Household Size <input type="text"/> <input type="text"/> <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	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

Sección 49557 (a) del Código de Educación de California

La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados o otra forma de discriminación.

El Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, KinGAP, FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el Seguro Social del adulto por medio de revisión del programa, comprobación de cuentas, y investigaciones y pueden incluir contacto con la oficina de empleos para determinar ingreso, beneficios, contacto con la oficina del estado de empleo seguro para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para averiguar la documentación producida de los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibida. Estos esfuerzos pueden resultar en pérdida o rebajo de beneficios, reclamo de administración o acciones legales si se reporta información incorrecta.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, esta prohibido que esta institucion discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad

Para presentar una queja por discriminacion, por favor escriba a USDA, Director, Offic of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW,

Washington DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382

USDA no discrimina en sus programas y empleo.

Esta institucion es un proveedor igual dela oportunidad.