

CARTA PARA EL HOGAR PARA COMIDAS GRATIS O DE PRECIO REDUCIDO – AÑO ESCOLAR 2018-2019

ESTIMADO PADRE O TUTOR:

Distrito Escolar del Condado de Educación de Amador participa en los programas Nacionales de Almuerzo y Desayuno Escolar. Cada día se sirven comidas nutritivas en la escuela. Los estudiantes pueden comprar su almuerzo por \$2.50/\$2.75 y/o desayuno por \$1.25/\$1.50. Los estudiantes elegibles pueden recibir almuerzo gratis o precio reducido de \$ 0.40 para el almuerzo y/o \$ 3.30 para el desayuno. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos americanos para calificar para comida gratis o precio reducido.

TERMINOS—“Hogar” significa un grupo de personas emparentadas o no que viven como una unidad económica y comparten gastos de manutención “Gastos” incluyen renta, ropa, comida, gastos médicos, facturas de servicios públicos, etc.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS) —La solicitud debe incluir los últimos 4 dígitos del seguro social del adulto que firme. Si el adulto no tiene un número de seguro social, marque la casilla “No tengo NSS” Si usted a listado un número de caso para uno de estos beneficios: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para su hijo/a, o si la solicitud es de un hijo adoptivo, el NSS del adulto que firme la solicitud **no** es requerido.

CERTIFICACIÓN DIRECTA —Este distrito participa en la Certificación Directa. Si su hogar actualmente recibe beneficios de uno de los siguientes programas: CalFresh previamente conocido por Estampillas de Alimentos, Programa de Oportunidades Laborales y Responsabilidad Infantil del Estado de California (CalWORKs), Programa de Asistencia a Parientes Tutores (KinGAP), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **NO** complete una solicitud de comida. Un Oficial Escolar le notificara de la elegibilidad de sus hijos para comida gratis. Si usted no es contactado para el **3 de August** pero cree que sus hijos son elegibles para comida gratis, por favor contacte al distrito. Puede que necesite completar una aplicación.

HOGARES VARIADOS CON NIÑOS DIRECTAMENTE CERTIFICADOS, ADOPTIVOS, Y/O NO DIRECTAMENTE CERTIFICADOS —Para aplicar complete la Solicitud para comidas Gratis y Precio Reducido, firmela y devuélvala al distrito. Los hogares deben completar una solicitud, si el niño/a no tiene un numero de caso o/y no es hijo/a adoptivo.

BENEFICIOS DE FDPIR—Los hogares que participan en FDPIR son elegibles categóricamente para comidas/leche gratis. El FDPIR está autorizado por la Sección 4(b) de la ley de Estampillas de Comida de 1977. En esta sección los hogares elegibles pueden optar participar en el Programa de CalFresh o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los programas, hogares FDPIR han sido determinados a recibir los mismos beneficios categóricos como los hogares CalFresh.

NIÑOS ADOPTADOS TEMPORAL o NIÑOS PUESTOS EN CUIDADO FUERA DEL HOGAR— Que son la responsabilidad legal de una agencia de protección o de la corte. Niños adoptados son categóricamente elegibles para comida gratis sin aplicación adicional, pero la elegibilidad no se extiende a otros niños en el hogar. Hogares con hijos adoptivos y no adoptivos se les anima a completar una solicitud ya que los hijos adoptivos cuentan como miembros del hogar, y pueden ayudar a la familia a calificar para calificar para comida gratis o a precio reducido basado el tamaño y ingresos. Si decide poner a los niños adoptivos y no adoptivos en la aplicación, tendrá que reportar, los ingresos de los niños adoptivos y no adoptivos (ingreso personal proveído al niño por ganado por el niño), si los hubiese, y el padre adoptivo firma la aplicación y provee los últimos 4 dígitos su Número de Seguro Social.

INGRESOS DEL HOGAR—Para solicitar, llene la solicitud para comida gratis o a precio reducido. Siga las instrucciones sobre la aplicación y vea el informe de ingresos para reportar escrito a la derecha, firmela y devuelva al distrito.

INGRESOS DE VIVIENDA MILITAR—Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar o recibe pago de combate, no incluya estos fondos, como ingresos. Debe reportar los beneficios militares recibidos en efectivo, tales como subsidios de vivienda (fuera de la base o en el mercado general de inmuebles comerciales/privado de bienes raíces), alimentos, ropa, y los ingresos del miembro de servicio desplegado puestos a disposición por ellos o en su nombre a su hogar.

SIN HOGAR, FUGITIVOS, Y MIGRANTE —Póngase en contacto con la escuela para más detalles.

COMIDAS PARA INCAPASITADOS—Si usted cree que su hijo necesita un sustituto alimenticio o modificar la textura debido a una incapacidad, por favor póngase en contacto con su escuela. Un niño con una incapacidad tiene derecho a una comida especial sin cargo adicional, si la incapacidad le impide al niño comer la comida regular.

PARTICIPANTES DE WIC — Si usted recibe beneficios bajo el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (conocido

como WIC), su hijo **puede** ser elegible para recibir comida gratis o a precio reducido. Le animamos a completar una solicitud y devolverla para procesarla.

SOLICITUD DE BENEFICIOS — Usted puede solicitar los beneficios de comida en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero su ingreso disminuye durante el año escolar, usted pierde su trabajo, aumenta la familia, o usted es elegible para CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, usted puede presentar una solicitud en ese momento.

APLICACION COMPLETA DEL HOGAR—La solicitud no puede ser aprobada a menos que contenga la información completa de la elegibilidad. Si usted **no anota** el número del caso de CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para cada estudiante (o un miembro adulto de la familia) en la solicitud, usted debe completar lo siguiente:

Nota: Usted debe completar una solicitud con todos los miembros del hogar y su ingreso, para un niño que vive con familiares o amigos, si el niño está o no bajo la tutela de la corte.

Sección A: Los nombres de todos los niños en el hogar, nombre de la escuela o anote “ninguna” si no está en la escuela, su ingreso y frecuencia, o marque la casilla de “no ingreso” La Identidad Racial y Étnica de los Niños, es voluntario contestar.

Sección B: Los nombres de todos los adultos en el hogar, la cantidad de los ingresos, la fuente y la frecuencia de los ingresos, o marque la casilla de “no ingreso” para cada persona en la lista.

Sección C: Anote la información de contacto, dirección postal, y los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar firmando la solicitud, o marque la casilla “ NO TENGO NSS ” si el adulto no tiene un número de Seguro Social

VERIFICACIÓN—Los oficiales escolares podrán verificar la información en la aplicación en cualquier momento durante el año escolar. Es posible que se le pida que envíe la información para verificar su ingreso, o elegibilidad actual para CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Para un niño adoptado, usted tendrá que proporcionar la documentación escrita que compruebe el hijo de crianza es la responsabilidad legal de una agencia / tribunal o proporcionar el nombre y la información de contacto de una persona en la agencia / tribunal que pueda verificar que el niño es un niño adoptivo.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD—La Ley Nacional del Almuerzo Escolar de Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o cuando usted anota CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR u otro identificador FDPIR para su niño o cuando usted indica que el adulto del hogar quien firma la solicitud no tiene un NSS. El tamaño de su familia, los ingresos del hogar, y los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social permanecerá confidencial y no será compartido. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

IDENTIFICACIÓN PÚBLICA— Los niños que reciben comida gratis o a precios reducidos tienen que ser tratados de la misma manera que los niños que pagan precio completo por las comidas, y no se identifican abiertamente.

AUDIENCIA JUSTA—Si no está de acuerdo con la decisión del distrito respecto a la determinación de la elegibilidad de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el distrito. Usted también tiene el derecho a un audiencia justa. Una audiencia justa se puede solicitar llamando o escribiendo al siguiente oficial escolar: **Amy Slavenski, Superintendente, 217 Rex Ave. Jackson, CA 95642, 209-257-5353.**

INGRESOS DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA— Pueden utilizar los ingresos del año pasado como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que su ingreso neto actual proporciona una medida más precisa. El ingreso que se tiene que reportar es el ingreso derivado del negocio menos los costos operativos incurridos en la generación de esos ingresos. Las deducciones por gastos personales como gastos médicos y otras deducciones de negocios no se permiten en la reducción del ingreso bruto del negocio.

CALCULANDO LOS INGRESOS— Anote todos los adultos en el hogar, ya sea que reciban o no ingresos. Para cada miembro en el hogar con ingresos: anote la cantidad de los ingresos corrientes, entre la fuente de los ingresos corrientes recibidos, como el de los salarios, pensiones, jubilación, asistencia social, manutención de hijos, y así sucesivamente, para cada categoría, y con qué frecuencia lo recibe. **Los ingresos brutos procedentes de trabajo es la cantidad que usted gana antes de impuestos y otras deducciones.** Si alguna cantidad recibida fue más o menos de lo normal, escriba el ingreso habitual o proyectado. Las familias que reciben diferentes intervalos de ingresos deben anualizar sus ingresos mediante el cálculo de la semana x 52, cada dos semanas x 26, dos veces al mes x 24, y mensual x 12.

Ingresos para Reportar	
Ganancias de trabajo antes de las deducciones; incluya todos los trabajos	Sueldos, salarios y propinas en bruto, beneficios de huelga, compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, e ingresos netos del negocio propio o finca
Pensión Seguro Social de Jubilación	Pensiones, Ingreso Social Suplementario, los pagos de jubilación, ingresos del Seguro Social (SSI) (incluyendo si un niño recibe SSI)
Bienestar Social, Manutención de Menores, Pensión Alimenticia	Los pagos de asistencia pública, pagos sociales, pensión alimenticia, y los pagos de manutención de niños
Anote Otro ingresos	Beneficios de incapacidad, dinero en efectivo retirado de ahorros, intereses y dividendos, ingresos de propiedades, fideicomisos e inversiones, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, regalías netas, rentas, y cualquier ingresos temporal

Guía de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2018–Junio 30, 2019

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
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
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

DECLARACIÓN SIN DISCRIMINACIÓN—Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación bajo el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA que se encuentra en línea en

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). "El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. ¿Necesita ayuda con la solicitud o si tiene preguntas? Por favor, póngase en contacto con el Sr. Michael Pingree, Director de servicios de Comida, 217 Rex Ave. Jackson, CA 95642, 209-257-7992.

Usted será notificado por el distrito cuando su solicitud haya sido aprobada o negada para comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,
Michel Pingree, Director de servicios de Comida

AMADOR COUNTY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES G-RATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS EN EL AÑO 2018-2019

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA A LA ESCUELA

FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION					
HOUSEHOLD SIZE:			HOUSEHOLD INCOME:		
FREE:	REDUCED:	DENIED:	DIRECT CERTIFIED AS: H M R	EP:	<input type="checkbox"/>
FREE WITH: FS / CALWORKS / KIN-GAP / FDPPIR					
DETERMINING OFFICIAL:				DATE:	
VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:	
2 ND REVIEW:				FOLLOWUP:	

SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN ESTA SECCION :

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOS FDPPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER		FOR SCHOOL USE ONLY
APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA (N/A, NINGUNA)	SI/NO	ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO FS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPPIR	SI/NO	ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL MENSUAL DEL NIÑO	STUDENT ID
1.							
2.							
3.							
4.							

SECCION B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el numero del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.

APELLIDO PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME
1.					
2.					
3.					
4.					

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION

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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: [How to File a Complaint](#), 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: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado /a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA		TELEFONO	FECHA
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION		ESCRIBA LOS ULTIMOS 4 DIGITOS DE SU NUMERO SEGURO SOCIAL, SI USTED NO TIENE NUMERO POR FAVOR HAGA UNA MARCA EN LA CAJA <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO			
CIUDAD	CODIGO POSTAL	TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR	

SECCIÓN D. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales: Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico Blanco
2. Apunté un identidad étnico: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico