

Carta Para el Grupo Familiar Sobre las Comidas Gratuitas y a Precio Reducido

Estimado Estudiante:

EPIC de Cesar Chavez participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o en el Programa de Desayuno Escolar que ofrece comidas nutritivas todos los días en la escuela. Usted no necesita ser ciudadano de los Estados Unidos para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido. Si hay más miembros en el grupo familiar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

CALIFICACIÓN

Estudiantes califican para las comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su grupo familiar se ubica en el nivel o está por debajo del nivel de los Lineamientos Federales de Elegibilidad por el Ingreso.

Tamaño de Hogar	Año	Mes	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semana
1	\$ 25,142	\$ 2,096	\$ 1,048	\$ 967	\$ 484
2	\$ 33,874	\$ 2,823	\$ 1,412	\$ 1,303	\$ 652
3	\$ 42,606	\$ 3,551	\$ 1,776	\$ 1,639	\$ 820
4	\$ 51,338	\$ 4,279	\$ 2,140	\$ 1,975	\$ 988
5	\$ 60,070	\$ 5,006	\$ 2,503	\$ 2,311	\$ 1,156
6	\$ 68,802	\$ 5,734	\$ 2,867	\$ 2,647	\$ 1,324
7	\$ 77,534	\$ 6,462	\$ 3,231	\$ 2,983	\$ 1,492
8	\$ 86,266	\$ 7,189	\$ 3,595	\$ 3,318	\$ 1,659
Para cada miembro adicional de la familia agregue	\$ 8,732	\$ 728	\$ 364	\$ 336	\$ 168

SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS

La solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido solo puede ser revisada si todos los campos requeridos fueron completados. El grupo familiar puede hacer la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero el ingreso de su grupo familiar disminuye, el tamaño del grupo familiar incrementa, o un miembro del grupo familiar pasa a ser elegible para los beneficios de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CaWORKs) [Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California], o el Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) [Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas], puede consignar una solicitud en ese momento.

CERTIFICACIÓN DIRECTA

No se requiere una solicitud si el grupo familiar recibe una carta de notificación que indique que todos los estudiantes están automáticamente certificados para comidas gratuitas. Si usted no recibió una carta, por favor, complete la solicitud.

VERIFICACIÓN

Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir que consigne información para validar su ingreso o su elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR.

PARTICIPANTES DE WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN (WIC)

Los grupos familiares que reciben los beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC), pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido completando una solicitud.

DESAMPARADOS, MIGRANTES, QUE HUYEN DE CASA, Y HEAD START

Los estudiantes que satisfacen la definición de desamparados, migrantes, o que huyen de casa, y los niños que participan en los programas Head Start en sus escuelas son elegibles para comidas gratuitas. Por favor, contacte a los funcionarios de la escuela para recibir asistencia.

NIÑOS EN HOGARES DE ACOGIDA

La responsabilidad legal debe ser a través de la agencia de cuidado de acogida o del tribunal para calificar para las comidas gratuitas. Un niño en cuidado de acogida puede ser incluido como miembro de un grupo familiar si la familia de acogida elige hacer la solicitud para sus niños que no son de acogida en la misma solicitud y deben reportar cualquier ingreso personal devengado por el niño en hogares de acogida. Si los niños que no son de acogida no son elegibles, esto no impide que el niño en hogares de acogida reciba comidas gratuitas.

AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela en relación con la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el oficial de la audiencia. Usted también tiene derecho a una audiencia justa, que puede ser solicitada llamando o escribiendo a la siguiente dirección: Helena Villarino-Wright, 122 E. Tehachapi Blvd, Suite C, Tehachapi, CA 93561, (661) 823-4393.

TRASPASO DE ELEGIBILIDAD

El estatus de elegibilidad del estudiante del año escolar previo continuará en el año escolar nuevo hasta por 30 días operativos o hasta que se realice una nueva determinación. Cuando el periodo de traspaso finaliza, se cobrará al estudiante el precio completo de las comidas, salvo que el grupo familiar reciba una carta de notificación para las comidas gratuitas o a precio reducido.

Los funcionarios de la escuela no están obligados a enviar recordatorios ni notificaciones de expiración de la elegibilidad.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación de

sexual), edad, discapacidad, venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o

escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

1. correo postal:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o´
2. fax:
(833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; o´
3. correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Complete una solicitud por grupo familiar. Por favor, escriba con letra de imprenta legible con un bolígrafo. Información incompleta, ilegible, o incorrecta puede demorar el procesamiento.

1. **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** – Incluya a **todos los estudiantes** que asisten a EPIC de Cesar Chavez. Escriba sus nombres (primero, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado, y fecha de nacimiento. Si un estudiante en la lista es alguien en cuidado de acogida, marque la casilla de **Hogar de Acogida**. Si está haciendo la solicitud solamente para un estudiante en cuidado de acogida, complete el PASO 1, y luego avance al PASO 4. Si un estudiante en la lista puede ser considerado como desamparado, migrante, o que huye de casa, marque la casilla aplicable de Desamparado, Migrante, o que Huye de Casa y complete todos los PASOS de la solicitud.
2. **PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si **cualquiera** de los miembros del grupo familiar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs, o FDPIR, entonces todos los

estudiantes son elegibles para comidas gratuitas. Debe marcar la casilla del programa de asistencia aplicable, indicar el número de un caso, y luego avanzar al PASO 4. Si nadie participa, omite el PASO 2 y avance al PASO 3.

- 3. REPORTAR EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR –** Debe reportar el ingreso bruto (antes de las deducciones) de todos los miembros del grupo familiar (niños y adultos) en dólares sin céntimos. Indique 0 para los miembros del grupo familiar que no reciben ingresos.

Reporte el ingreso **bruto** combinado para todos los estudiantes en la lista del PASO 1 e indique el periodo de pago apropiado. Incluya el ingreso del niño en cuidado de acogida si usted está incluyendo en la solicitud niños en cuidado de acogida con niños que no son de acogida en la misma solicitud.

Escriba los nombres (primer nombre y apellido) de **todos los otros** miembros del grupo familiar que no están en la lista del PASO 1. Reporte el ingreso **bruto** total de cada fuente e indique el periodo de pago apropiado.

Indique el tamaño del grupo familiar completo (niños y adultos). Este número **debe** ser igual a los miembros del grupo familiar en la lista desde el PASO 1 hasta el PASO 3.

Indique los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social (SSN). Si el estudiante no tiene SSN, marque la casilla **NO SSN**.

- 4. INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA –** La solicitud debe estar firmada por el estudiante. Escriba el nombre del estudiante, la información de contacto, y la fecha de hoy.

IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DEL ESTUDIANTE

Este campo no afecta la elegibilidad del estudiante para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Por favor, marque las casillas apropiadas.

DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Ley de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para el estudiante. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del SSN del adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del SSN cuando se indica un número de caso de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR u otro identificador FDPIR para el estudiante o cuando usted indica que el adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un SSN mediante la selección de la casilla correspondiente. Usaremos su información para determinar si el estudiante es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

PREGUNTAS O ASISTENCIA

Por favor, contacte a la escuela.

Año escolar 2022-2023 EPIC de Cesar Chavez Solicitud para comidas gratis y a precio reducido Llene una solicitud por hogar.

FIELD

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 DEL ESTUDIANTE

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.			
EJEMPLO: Joseph P Adams		EPIC de Cesar Chavez		10th	07/01/1999			
					Bajo cuidado adoptivo	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"/>

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.

CalFresh CalWORKs 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 del estudiante				Frecuencia
\$				

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR: 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

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 estudiante 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: _____

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico del estudiante. 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 Negro o afroestadounidense

Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico Asiático Blanco