

# San Pasqual Union School District

15305 Rockwood Road, Escondido CA 92027

## Application for Free and Reduced Price Meals School Year 2018-2019

If your family is interested in applying for free or reduced meals, please follow the steps to complete and sign the enclosed application, and return it to your child's school. This application cannot be processed without the following information:

- The name of the child(ren) for whom you are applying for free or reduced price benefits. ***One application per family.***
- The names and income of all other adult household members.
- The signature of the child(ren)'s parent or guardian.
- The last 4 digits of the Social Security number of the person who signed the application. If the person signing the application does not have a Social Security number, check the box I do not have a SSN.

## Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precios Reducidos 2018-2019

Porfavor llene la solicitud **con pluma**, firme la solicitud, y devuélvala a su escuela. Para instrucciones adicionales, refiera a la "Carta a los Hogares" que se encuentra adjunto a esta forma. Esta aplicación no puede ser procesada sin la siguiente información:

- El nombre del niño o de los niños para quienes usted está solicitando beneficios
- Los nombres y ingresos del resto de los adultos de la casa
- Firma del padre o tutor del niño o de los niños
- Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social de la persona que firmó la solicitud. Si la persona que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social, escriba "ninguno" en el espacio proporcionado.

**Una solicitud por familia**

***A new application must be completed each school  
year for benefits to continue***

Estimado padre/tutor:

**San Pasqual Union** participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas saludables todos los días de clase. Los estudiantes pueden comprar almuerzos por **2.75** y desayunos por **1.50**. Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas al precio reducido de **.40** por el almuerzo y de **.30** por el desayuno. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de EE. UU. para reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Este paquete contiene una solicitud de comidas gratis o a precio reducido (Application for Free and Reduced-Price Meals) y un conjunto de instrucciones detalladas. Las siguientes son algunas de las preguntas y respuestas más comunes que le ayudarán en el proceso de solicitud.

1. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los menores de hogares que reciben beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.
- Los menores bajo cuidado adoptivo temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de adopción temporal o de un tribunal reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.
- Los menores que participan en el programa Head Start (Head Start Program) de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.
- Los menores que participan en Kinship Guardianship Assistance Payment (Kin-GAP) reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.
- Los menores que cumplen con la definición de "sin hogar", "inmigrante" o se "fugó del hogar" reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.
- Los menores podrían recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las pautas de cumplimiento de requisitos de ingresos (Income Eligibility Guidelines). Los menores podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar están en o por debajo de los límites de esta tabla.

**Guia 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  |

2. ¿COMO SÉ SI LOS MENORES DE MI HOGAR REÚNEN LOS REQUISITOS PARA SER CONSIDERADOS " SIN HOGAR", "INMIGRANTES", "SE FUGÓ DE CASA" O "EN HEAD START"? ¿Los miembros de su hogar no tienen un domicilio permanente? ¿Se está quedando con ellos en algún refugio, hotel u otro tipo de vivienda temporal? ¿Su familia se reubica por temporadas? ¿Alguno de los menores que viven con usted ha decidido dejar a su familia u hogar anterior? Si cree que los menores de su hogar cumplen con estas descripciones y no se le ha dicho que sus hijos reúnen los requisitos para obtener comidas gratis, póngase en contacto con **Mark Burroughs**,  
 3. **760 745-4931 Ex 1105. 15305 Rockwood Road, Escondido, Ca 92027.**
4. ¿NECESITO LLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA MENOR? No. **Use una solicitud de comidas gratis o a precio reducido para todos los menores de su hogar.** No podemos aprobar las solicitudes que no estén completas, así que asegúrese de llenar toda la información solicitada. Devuelva la solicitud completa a: **Ginny Robinson, 760 745-4931 ex 1107 15305 Rockwood Road, Escondido, CA 92027.**

5. ¿DEBO LLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR DICIÉNDOME QUE MIS HIJOS YA FUERON APROBADOS PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS? No, pero por favor lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Si alguno de los menores de su hogar no fue incluido en su aviso de cumplimiento de los requisitos, póngase en contacto con **Ginny Robinson, 760 745-4931 ex 1107** de inmediato.
6. LA SOLICITUD DE MI HIJO SE APROBÓ EL AÑO PASADO. ¿NECESITO LLENAR UNA NUEVA? Sí, si desea participar en el programa de comidas. La solicitud para su hijo sólo es válida para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Usted debe presentar una solicitud nueva a menos que la escuela le haya dicho que su hijo reúne los requisitos para el nuevo año escolar.
7. RECIBO BENEFICIOS PARA MUJERES, BEBÉS Y NIÑOS (WIC). ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR COMIDAS GRATIS? Los menores de los hogares que participan en WIC **podrían** reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Llene una solicitud y entréguela para su procesamiento.
8. ¿SE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN QUE BRINDO? Los funcionarios escolares podrían verificar la información de su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que envíe información para comprobar sus ingresos o requisitos para recibir CalFresh, CalWORKS, FDPIR o Kin-GAP.
9. SI NO REÚNO LOS REQUISITOS EN ESTE MOMENTO, ¿PUEDO HACER LA SOLICITUD MÁS ADELANTE? Sí, puede hacer su solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los menores con padres o tutores que perdieron su empleo podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar cae por debajo del límite de ingresos.
10. ¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA RESPECTO A MI SOLICITUD? Debe hablar con los funcionarios escolares. También puede pedir una audiencia llamando o escribiendo a: **Mark Burroughs, Superintendent, 760 745-4931**.
11. ¿PUEDO HACER LA SOLICITUD SI ALGUIEN DE MI HOGAR NO ES CIUDADANO DE EE. UU.? Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tienen que ser ciudadanos de EE. UU. para solicitar comidas gratis o a precio reducido.
12. ¿QUÉ SUCEDE SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS? Anote la cantidad que **normalmente** recibe. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y sólo ganó \$900, indique en su solicitud que gana \$1,000 al mes. Si recibe normalmente remuneración por horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si trabaja horas extras sólo de manera ocasional. Si perdió su trabajo o le redujeron la cantidad de horas o sueldo, use sus ingresos actuales.
13. ¿QUÉ SUCEDE SI ALGUNOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR NO TIENEN INGRESOS A DECLARAR? Los miembros del hogar podrían no recibir algunos de los tipos de ingresos que le pedimos que indique en su solicitud, o podrían no tener ningún tipo de ingresos. Cuando esto sea el caso, anote un "0" en el campo de ingresos. Sin embargo, si deja algún campo vacío, este se tomará como cero. Tenga cuidado de no dejar campos vacíos ya que asumiremos que fue intencional.
14. SOMOS PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS. ¿DEBEMOS DECLARAR NUESTROS INGRESOS DE MANERA DIFERENTE? Debe declarar su paga básica y sus bonos en efectivo como ingresos. Si recibe subsidios con valor en efectivo para vivienda fuera de la base, alimentos o ropa, o si recibe pagos del programa de subsidio suplementario para la subsistencia familiar (Family Subsistence Supplemental Allowance), estos también deben incluirse como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización de viviendas para militares (Military Housing Privatization Initiative), no incluya los subsidios de vivienda como ingresos. Cualquier otro pago por combate que resulte de una movilización también se excluye de los ingresos.
15. ¿QUÉ HAGO SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD PARA TODA MI FAMILIA? Anote los nombres de los miembros del hogar adicionales en una hoja de papel aparte y adjúntela a su solicitud. Póngase en contacto con **Shannon Hargrave, 760 745-4931** para recibir una segunda solicitud.
16. MI FAMILIA NECESITA MÁS ASISTENCIA ECONÓMICA, ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODEMOS SOLICITAR? Para obtener información acerca de como solicitar CalFresh u otros programas de asistencia, póngase en contacto con su oficina de ayuda local o llame al **Dept of Social Service 1-877 847-3663**.

# CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Use estas instrucciones como ayuda para llenar la solicitud de comidas gratis o a precio reducido. Sólo necesita presentar **una** solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela de **San Pasqual Union School Dist.** Debe llenar la solicitud en su totalidad para certificar a sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Siga las instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos en su solicitud. Si en cualquier momento no está seguro sobre cómo proseguir, póngase en contacto con **Ginny Robinson, 15305 Rockwood Road, Escondido, CA 92027 760 745-4931 ex 1107.**

Use un bolígrafo o pluma (no un lápiz) para llenar la solicitud y haga lo posible por escribir de manera clara.

## **PASO 1: ANOTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SON BEBÉS, NIÑOS O ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12**

Díganos cuántos bebés, niños y estudiantes en edad escolar viven en su hogar. **NO** tienen que ser sus parientes para ser parte de su hogar.

### ¿A quién debe anotar aquí?

Cuando llene esta sección, incluya a todos los miembros de su hogar que:

- Tienen 18 años de edad o menos y que se mantienen con los ingresos del hogar
- Son estudiantes que asisten a **San Pasqual Union School**, sin importar la edad
- Están bajo su cuidado mediante un arreglo de adopción temporal, o que se consideran sin hogar, inmigrantes, se fugaron del hogar, o participan en el programa Head Start
- Son menores que reciben beneficios de Kin-GAP

- A. **Anote los nombres de todos los menores.** Para cada menor, escriba su primer nombre, la inicial de su segundo nombre y su apellido. Use un renglón de la solicitud para cada menor. Cuando escriba los nombres, escriba una letra en cada casilla. Deténgase si se queda sin espacio. Si hay más menores que renglones en la solicitud, adjunte una segunda hoja de papel con la información solicitada para los demás menores.
- B. **¿El menor es un estudiante de San Pasqual Union School Dist.?** Marque 'Sí' o 'No' bajo la columna titulada "Estudiante" para decirnos qué menores asisten a **San Pasqual Union School Dist.**
- C. **¿Tiene menores bajo cuidado adoptivo temporal?** Si alguno de los menores anotados está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla "Bajo cuidado adoptivo temporal" a un lado del nombre del menor. Los menores bajo cuidado adoptivo temporal que viven con usted podrían ser considerados miembros de su hogar y debe indicarlos en su solicitud. Si está haciendo la solicitud **sólo** para menores bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1, sáltese al PASO 4 de la solicitud y siga las instrucciones para ese paso.
- D. **¿Alguno de los menores no tiene hogar, es inmigrante, se fugó del hogar o está en Head Start?** Si cree que alguno de los menores anotados en esta sección podría cumplir con esta descripción, marque la casilla "Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar, en Head Start" a un lado del nombre del menor y llene todos los pasos de esta solicitud.
- E. **¿Alguno de los menores recibe beneficios de Kin-GAP?** Si cree que alguno de los menores anotados en esta sección podría cumplir con esta descripción, escriba el "Número de caso de Kin-GAP" a un lado del nombre del menor y llene todos los pasos de esta solicitud.

**PASO 2: ¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYÉNDOLO A USTED) PARTICIPA ACTUALMENTE EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA?**

Si alguien de su hogar participa en los siguientes programas de asistencia, sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas escolares gratis:

- CalFresh
- California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs)
- The Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)

**A. SI respondió que SÍ:**

- Marque la casilla del programa pertinente
- Escriba su número de caso o el de su familia. Debe proporcionar un número de caso aceptable en su solicitud. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, comuníquese con su agencia local.
- Sátese al PASO 4

**B. SI respondió que NO:**

- Deje el PASO 2 en blanco
- Sátese al PASO 3 de la solicitud y siga las instrucciones para ese paso

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

- A. Declare todos los ingresos de los menores.** Consulte la tabla titulada "Fuentes de ingresos de los menores" en estas instrucciones y declare los ingresos brutos combinados de **TODOS** los menores anotados en el PASO 1 en la casilla "Ingresos totales de los menores". Sólo tome en cuenta los ingresos de los menores bajo cuidado adoptivo temporal si está haciendo la solicitud para ellos junto con el resto de los miembros de su hogar. Anotar los nombres de los menores bajo cuidado temporal que viven en su hogar es opcional.

¿Qué son los ingresos de los menores?

Los ingresos de los menores es dinero que proviene de fuentes fuera del hogar y que se paga **directamente** a sus hijos. Muchos hogares no tienen ingresos de menores. Use la tabla siguiente para determinar si su hogar tiene ingresos de menores que declarar.

**Fuentes de ingresos de los menores**

| Fuentes de ingreso de los menores   | Ejemplo(s)  |
|---|---|
| Ingresos del trabajo  | El menor tiene un trabajo donde gana un sueldo.   |
| Seguro social<br>Pagos por discapacidad<br>Beneficios para sobrevivientes | El menor es ciego o tiene una discapacidad y recibe beneficios del seguro social.<br>El padre tiene una discapacidad, está retirado o ha muerto y el menor recibe beneficios del seguro social. |
| Ingresos provenientes de personas <b>fuera</b> del hogar                  | Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da al menor dinero para gastar.  |
| Ingresos de cualquier otra fuente   | El menor recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.   |

### PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR:

¿A quién debo anotar aquí?

Cuando llene esta sección, incluya a todos los miembros de su hogar que:

- Viven con usted y comparten los ingresos y gastos, incluso si no están emparentados e incluso si no reciben ingresos propios.

**No** incluya a las personas que:

- Viven con usted pero que no se mantienen con los ingresos de su hogar **y** no contribuyen con ingresos a su hogar.
- Menores y estudiantes que ya anotó en el PASO 1

### PARA CADA TIPO DE INGRESOS:

¿Cómo lleno la información de importe y fuente de los ingresos?

- Use las tablas en esta sección para determinar si su hogar tiene ingresos que declarar.
- Declare todos los importes en **ingresos brutos SOLAMENTE**. Declare todos los ingresos en números redondos. No incluya centavos.
  - Los ingresos brutos son los ingresos totales que recibe antes de impuestos y deducciones.
  - Muchas personas piensan que los ingresos son el importe que "llevan a casa" y no el importe total "bruto". Asegúrese de que los ingresos que declara en su solicitud **NO** fueron reducidos para pagar impuestos, primas de seguros o algún otro importe que se deduzca de su paga.
- Escriba un "0" en todos los campos de ingresos donde no haya ingresos que declarar. Si deja algún campo vacío o en blanco, éste se considerará como cero. Si anota "0" o deja campos vacíos, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. Si los funcionarios locales poseen o tienen acceso a información acerca de que reportó los ingresos del hogar incorrectamente, se revisará su solicitud.
- Marque la frecuencia con que se recibe cada tipo de ingresos usando las casillas a la derecha de cada campo.

B. **Anote los nombres de los miembros adultos del hogar.** Anote el nombre de cada miembro del hogar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del hogar (primer nombre, apellido)". No anote a ningún miembro del hogar que ya anotó en el PASO 1. Si algún menor anotado en el PASO 1 tiene ingresos, siga las instrucciones de la parte A del PASO 3.

C. **Declare los ingresos del trabajo.** Consulte la tabla titulada "Fuentes de ingresos de los adultos" de estas instrucciones y declare todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos del trabajo" de esta solicitud. Esto generalmente es el dinero que recibe de trabajar en su empleo. Si tiene un negocio por cuenta propia o es dueño de una granja, debe declarar sus ingresos netos.

¿Qué sucede si trabajo por mi propia cuenta?

Si trabaja por su propia cuenta, declare todos los ingresos de este trabajo como un importe **neto**. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su negocio de los ingresos brutos o las ganancias.

- D. Declare los ingresos de asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia.** Consulte la tabla titulada “Fuentes de ingresos de los adultos” en estas instrucciones y declare todos los ingresos pertinentes en el campo “Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia” de la solicitud. No declare el valor de ningún beneficio de asistencia pública con valor en efectivo que NO está enumerado en la tabla. Si recibe ingresos de manutención de menores o pensión alimenticia, sólo debe declarar los pagos impuestos por orden judicial. Los pagos informales pero regulares se deben declarar en “otros” ingresos en la parte siguiente.
- E. Declare los ingresos de pensiones/jubilación/y todos los demás ingresos.** Consulte la tabla titulada “Fuentes de ingresos de los adultos” en estas instrucciones y declare todos los ingresos aplicables en el campo de “Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos” de esta solicitud.
- F. Declare el tamaño del hogar.** Escriba el número total de miembros del hogar en el campo “Total de miembros del hogar.” Este número DEBE ser igual al número de miembros del hogar anotados en el PASO 1 y PASO 3. Si no anotó a algún miembro de su hogar en la solicitud, vuelva a esa sección y anótelos. Es muy importante que anote a todos los miembros del hogar, ya que el tamaño del hogar determina su límite de ingresos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
- G. Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social.** El principal proveedor u otro miembro adulto del hogar debe anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social (SSN) en el espacio provisto. Usted reúne los requisitos para solicitar requisitos incluso si no tiene un SSN. Si ninguno de los miembros adultos del hogar tienen un SSN, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha que dice “Marque si no tiene SSN”.

### Fuentes de ingresos de los adultos

| Ingresos del trabajo  | Asistencia pública/<br>manutención de menores/pensión<br>alimenticia   | Pensiones/jubilación/<br>todos los<br>demás ingresos  |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldo, salario, bonos en efectivo</li> <li>• Ingreso <b>neto</b> de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)</li> <li>• Indemnización por huelga</li> </ul> <p><b>Si está en las fuerzas armadas de EE. UU.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga básica y bonos en efectivo (<b>NO</b> incluya paga por combate, FSSA o subsidios para vivienda privada)</li> <li>• Subsidios para vivienda fuera de la base, alimentos y ropa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de desempleo</li> <li>• Indemnización por accidentes laborales</li> <li>• Ingreso suplementario de seguridad (SSI)</li> <li>• Asistencia en efectivo del gobierno local o estatal</li> <li>• Pagos de pensión alimenticia</li> <li>• Pagos de manutención de menores</li> <li>• Beneficios de veteranos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro social (incluyendo beneficios de jubilación ferroviaria y por pulmón negro)</li> <li>• Pensiones o discapacidad privadas</li> <li>• Ingresos de fideicomisos o testamentos</li> <li>• Anualidades</li> <li>• Ingresos de inversiones</li> <li>• Intereses devengados</li> <li>• Ingresos de arrendamientos</li> <li>• Pagos en efectivo regulares de fuentes fuera del hogar</li> </ul> |

### PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

**Un miembro adulto del hogar debe firmar todas las solicitudes.** Al firmar la solicitud, el miembro del hogar promete que toda la información ha sido declarada verdadera y completamente. **Antes de llenar esta sección, asegúrese de haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles.**

- A. Proporcione su información de contacto.** Anote su dirección actual en los campos provistos, si tiene una. Si no tiene una dirección permanente, esto no impide que su hijo reúna los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Compartir su teléfono o dirección de correo electrónico es opcional, pero nos ayuda a localizarlo rápidamente si necesitamos ponernos en contacto con usted.
- B. Firme y anote su nombre en letra de molde.** Anote su nombre en letra de molde en la casilla “Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario” y firme en la casilla “Firma del adulto que llenó este formulario”.

**San Pasqual Union School 2018-2019 Solicitud de comidas gratis o a precio reducido** Llene una solicitud por hogar. Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

**PASO 1** Añote **TODOS** los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

| Definición de miembro del hogar:<br>"Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".   | Primer nombre del menor | Inicial | Apellido del menor | ¿Estudiante?<br>SI No | Estado de residencia<br>Sin hogar, adoptivo, en Head Start, o en Head Start | Número de caso de Kin-GAP |
|--|-------------------------|---------|--------------------|-----------------------|---|---------------------------|
| Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, en Head Start o Kin-GAP y los que cumplen con la definición de sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea Como solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido. |                         |         |                    |                       |   |                           |
|  |                         |         |                    |                       |   |                           |
|  |                         |         |                    |                       |   |                           |
|  |                         |         |                    |                       |   |                           |
|  |                         |         |                    |                       |   |                           |

**PASO 2** ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que SI > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)  
 Si respondió que NO > Llene el PASO 3

CalFresh  CalWORKS  FDIPIR  Número de caso: \_\_\_\_\_

Añote sólo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Si' en el PASO 2)

**A. Ingresos de los menores**  
 En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)**  
 Añote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ingresos de trabajo | Ingresos de jubilación/Retiro | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos | Ingresos de otros recursos |
|--|---------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | \$                  | \$                            | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         |
|  | \$                  | \$                            | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         |
|  | \$                  | \$                            | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         |
|  | \$                  | \$                            | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         |
|  | \$                  | \$                            | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         | \$                         |

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar:

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto

Para obtener más información lea Como solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido. La sección Fuentes de ingresos de los menores le ayudará a contestar la pregunta Ingresos de los menores. La sección Fuentes de ingresos de los adultos le ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporcionará en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección (de existir) \_\_\_\_\_ No. de departamento \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono o correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó este formulario \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**OPCIONAL** Identidad étnica y racial de los menores

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marque una):  Hispano o latino  No hispano o latino  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  Negro o afroestadounidense  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

**NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

Approved as:  Free  Homeless  Head Start  Denied  Migrant  Kin-GAP  Runaway  Reason: \_\_\_\_\_

How often? Total Household Income: Weekly | Bi-Weekly | Monthly | Annual | Income Conversion: Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Determining Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Verifying Official \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# SAN PASQUAL UNION SCHOOL DISTRICT

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información que se provee en esta solicitud. Usted no tiene que brindar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Si va a presentar una solicitud basada en ingresos, debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando presente la solicitud a nombre de un menor bajo cuidado adoptivo temporal; anote un número de caso de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) para su hijo; o indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos la información del tamaño y los ingresos de su hogar que proporcione para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para administrar y ejecutar los programas de desayuno y almuerzo.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, también conocido en inglés como 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 de acuerdo con el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (los sitios web están en inglés) 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](mailto:program.intake@usda.gov) (los sitios web están en inglés).

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 o al 800-845-6136 (en español).

El USDA y el Departamento de Educación de California (California Department of Education) son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.