

Distrito Escolar San Dieguito Union High School District

CARTA A LOS HOGARES SOBRE EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTOS ESCOLARES PARA EL AÑO 2011 - 2012

Estimado Padre o Guardián Legal:

El Distrito Escolar/La Agencia San Dieguito Union High School toma parte en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar. Los alimentos se sirven todos los días de escuela. Los estudiantes pueden comprar desayuno por \$2.25 o almuerzo por \$3.75. Los estudiantes que sean elegibles podrán recibir alimentos gratuitos.

- Su niño/joven puede recibir alimentos gratuitos si usted actualmente recibe beneficios de estampillas para alimentos, del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad Hacia Los Niños (CalWORKs), Kinship Guardianship Assistance Payments (Kin-GAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).
- Su niño/joven puede recibir alimentos gratuitos, si el total de los ingresos de su hogar es igual o menor al del nivel indicado en la siguiente escala de ingresos. Hogar significa un grupo de individuos que son parientes o que no son parientes, pero que están viviendo como una unidad económica y comparten los gastos de subsistencia. Los gastos de vivienda incluyen renta, ropa, alimentos, gastos médicos y gastos de utilidades (servicios al hogar).
- Un niño/joven adoptivo (foster) que está bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia pública o protección de la corte, es elegible para recibir alimentos gratuitos sin tomar en cuenta los ingresos de usted.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Para solicitar alimentos gratuitos para su niño/joven, complete y firme **la Solicitud adjunta para Alimentos Escolares Gratuitos** y regrese la solicitud a la escuela lo más pronto posible. La solicitud no puede ser aprobada al menos que contenga información completa sobre la elegibilidad.

PARA LOS HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA ALIMENTOS, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR— Si actualmente usted recibe beneficios de estampillas para alimentos, CalWORKs, o FDPIR para su niño/joven, anote el nombre de cada niño/joven y el número del caso de las estampillas para alimentos, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. **UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR TIENE QUE FIRMAR LA SOLICITUD EN LA SECCIÓN C.**

PARA LOS NIÑOS / JÓVENES ADOPTIVOS (FOSTER) O NIÑOS / JÓVENES COLOCADOS EN CUIDADO FUERA DEL HOGAR O EN UNA INSTITUCIÓN — La elegibilidad categórica para alimentos gratuitos se proporciona para cualquier menor al cual su cuidado y colocación es la responsabilidad del Estado o a quien ha sido colocado por la corte en un hogar de custodia. El padre sustituto (foster) o el/la oficial de la agencia deben de firmar la solicitud en la Sección C.

HOGARES CON INGRESOS DE CUALQUIER OTRO TIPO (Sueldos, salarios, pensiones, etc.) — Si usted **no** indica un número de caso para las estampillas para alimentos, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR o Foster para **cada** estudiante en la solicitud, tiene que hacer lo siguiente:

- Anote los nombres de todos los niños/jóvenes en su hogar y las escuelas a las que asisten
- Anote los nombres de los otros niños/jóvenes en su hogar quienes no asisten a la escuela
- Anote los nombres de todos los adultos y otros miembros del hogar, la cantidad de ingreso que cada uno recibió el mes pasado y el origen del ingreso
- Ingrese los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud o anote la palabra "ninguno" si el adulto no tiene un número de seguro social

Complete la Sección A, la solicitud debe de estar completa anotando todos los ingresos de los miembros del hogar, si un niño/joven vive con parientes o amigos y aunque esté bajo la protección de la corte.

La solicitud tiene que estar firmada por un adulto miembro del hogar.

Cantidad de Personas en el Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1*	\$ 20,147	\$ 1,679	\$ 840	\$ 775	\$ 388
2	27,214	2,268	1,134	1,047	524
3	34,281	2,857	1,429	1,319	660
4	41,348	3,446	1,723	1,591	796
5	48,415	4,035	2,018	1,863	932
6	55,482	4,624	2,312	2,134	1,067
7	62,549	5,213	2,607	2,406	1,203
8	69,616	5,802	2,901	2,678	1,339
Por cada miembro adicional en el hogar, agregue:					
Cantidad	\$ 7,067	\$ 589	\$ 295	\$ 272	\$ 136

* Un hogar de "uno" significa, un niño/joven, ó un estudiante con su propia manutención (se sostiene así mismo).

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y la Secretaría de Agricultura de los EE.UU. (abreviado en inglés USDA), le prohíbe a ésta organización la discriminación por; raza, color, origen nacional, género femenino o masculino, edad, o discapacidad de la persona.

Para presentar una queja sobre discriminación, comuníquese por correo a la dirección de la oficina de derechos civiles 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 una entidad que aporta oportunidad y empleo con igualdad.

INGRESO ACTUAL — Es la cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el *mes pasado*, antes de deducciones de impuestos o de cualquier otra cantidad y del origen de los ingresos, tales como salarios/sueldos, asistencia pública, pensiones y otros ingresos. Si alguna cantidad del *mes pasado* era mayor o menor que lo normal, anote la cantidad mensual que recibe normalmente ó proyecte el ingreso anual actual.

REPORTE DE INGRESOS			
INGRESOS DE TRABAJO/EMPLEO	ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	OTROS INGRESOS
Sueldos, salarios, propinas, beneficios de huelgas, compensación de desempleo, compensación de trabajadores, ingreso neto de negocio propio o rancho	Pagos de ayuda pública, asistencia de divorcio, ayuda económica para niños/jóvenes	Pensiones, ingreso complementario de seguro, pagos de jubilación, Seguro Social (SSI) (Incluyendo la cantidad de SSI que el niño/joven recibe)	Beneficios por discapacidad, dinero obtenido de la cuenta de ahorros, intereses y 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 otro ingreso

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR) — Los hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir alimentos o leche gratis. EL FDPIR está autorizado por la Sección 4(b) del Acta de Estampillas de Alimentos de 1977. Bajo ésta sección, hogares elegibles pueden optar por participar en el programa de estampillas para alimentos o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los dos programas, hogares de FDPIR se les ha determinado para recibir los mismos beneficios categóricos como los hogares que reciben estampillas para alimentos.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL — La solicitud debe tener los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un número de seguro social, anote la palabra "ninguno" o algún otro término que indique que el adulto no tiene un número de seguro social. Si anotó un número de caso de estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para el niño/joven, o si la solicitud es para un niño/joven adoptivo (foster), un número de seguro social **no** es necesario.

SOLICITANDO BENEFICIOS — Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero su ingreso bajo, pierde su trabajo, o el número de personas en su hogar aumentó, si es ahora elegible para recibir estampillas de alimento, beneficios de CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR entonces puede entregarle otra solicitud a la escuela.

VERIFICACIÓN — La información en la solicitud puede ser comprobada por oficiales de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Se le pueden pedir comprobantes de su ingreso, o elegibilidad actual para estampillas de alimentos, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Refiérase a la solicitud para una explicación más detallada.

ALIMENTOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES — Si piensa que su niño/joven requiere una dieta especial o necesita sustituir algún alimento o modificar la textura de algún alimento a causa de una discapacidad, favor de ponerse en contacto con el personal de la escuela. Un niño/joven con una discapacidad tiene derecho a alimento especial sin precio adicional si la discapacidad le impide al niño consumir los alimentos escolares regulares.

PARTICIPANTES EN WIC — Si recibe usted beneficios bajo el Programa de Nutrición para Mujeres y Niños Infantiles — mejor conocido como el Programa WIC, su niño/joven **puede** ser elegible para alimentos gratis o a precios reducidos. Se le recomienda completar una solicitud y devolverla a la escuela para procesarla.

NO-DISCRIMINACIÓN — Los niños/jóvenes que reciben alimentos gratuitos o a precio reducido tienen que ser tratados en la misma manera que los niños/jóvenes que pagan precio completo por sus alimentos.

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 usted discutirlo con la escuela. Usted también tiene el derecho a una audiencia justa e imparcial. Una audiencia justa e imparcial se puede solicitar llamando o escribiendo al siguiente oficial escolar:

NOMBRE: Eric Dill, Asociado al Superintendente,
Servicios de Empresarios
DOMICILIO: 710 Encinitas Blvd., Encinitas CA 92024
TELÉFONO: (760) 753-6491

CONFIDENCIALIDAD — La información sobre el número de personas en la familia, los ingresos del hogar y el número de seguro social permanecerá confidencial y no se divulgará por ningún motivo. La información que usted proporcione determinará la verificación de elegibilidad de niño/joven para que reciban alimentos gratuitos o a precio reducido.

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

NOMBRE: Asistente Administrativa de Servicios de Nutrición
DOMICILIO: 675 Balour Drive, Encinitas, CA 92024
TELÉFONO: (760) 753-6241, Ext. 3426

Usted recibirá notificación de la escuela cuando su solicitud para alimentos gratuitos sea aprobada o negada.

Sinceramente,

Rick Mariam
Directora de Servicios de Nutrición

San Dieguito Union High School District

SOLICITUD PARA ALIMENTOS ESCOLARES GRATUITOS A PRECIO REDUCIDO O LECHE GRATUITA PARA EL AÑO ESCOLAR 2011 – 2012

UNA solicitud por familia Y UNA por cada niño / joven adoptivo

Indique aquí si el/la estudiante ingresa por primera vez al programa de almuerzo gratuito de San Dieguito UHSD

SECCIÓN A. Todos los Hogares Completan ésta Sección

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR – ELIGIBILITY DETERMINATION			
HSHLD SIZE:	HSHLD INCOME: \$	Direct Certified as: H M R F <input type="checkbox"/> EP	
Direct Certified as: H M R F			
Temporary Free, Expiration Date:		(45 days maximum allowed)	
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, Foster, or FDPIR Benefits			
DETERMINING OFFICIAL	Date	2 nd Review: Date	
VERIFICATION OFFICIAL	Date		

INFORMACIÓN DE CADA ESTUDIANTE NIÑO / JÓVEN				SOLAMENTE PARA QUIEN RECIBE BENEFICIOS DE: FOOD STAMP, CAL WORKS, KIN GAP, Foster ó FDPIR			
Apellido	Primer Nombre	Escuela Anote "ninguna" si no asiste a la escuela	Grado	Anote el tipo de asistencia - beneficio: ♦ Food Stamp ♦ CalWORKs ♦ Kin-GAP ♦ FDPIR ♦ Foster	Anote el Número del Caso	Ingreso del niño/joven Anote "0" si no recibe ingreso	SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR:
1.						\$	
2.						\$	
3.						\$	
4.						\$	
5.						\$	

Si usted indicó el número del caso de Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, ó FDPIR para cada niño/joven en la Sección A, evite la Sección B y prosiga a completar la Sección C.

Si el niño/joven para quien solicita no tiene hogar, es emigrante, o se fugó del hogar, indique: Sin hogar Emigrante Fugado del hogar, continúe usted a la Sección C, firme la solicitud y póngase en contacto con oficina escolar de inscripciones para completar documentos adicionales.

SECCIÓN B. MIEMBROS DEL HOGAR Y SUS INGRESOS

Anote todos los miembros adultos del hogar, sin importar el ingreso. (2) Indique la(s) cantidad(es) y la(s) fuente(s) de ingreso para aquellos adultos en el hogar quienes recibieron ingreso el mes pasado, (3) Anote todo ingreso que recibió para / o de un menor por empleo de tiempo completo o de tiempo medio, pagos de beneficios de Seguro Social - SSI, ó Asistencia por Adopción; y (4) Si la cantidad del mes pasado es mayor/menor de lo que recibe regularmente, anote la cantidad que es regular.

Nombre Completo	SI NO TIENE INGRESO ANOTE CERO, "0"	Sueldos de Ingreso de Empleo Antes de Deducciones, Incluya Todos los Empleos	Pensión, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de Welfare, Ayuda Económica para Menores, Pagos por Pensión Conyugal	Otro Ingreso Mensual	SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR: TOTAL INCOME
Ingreso en Crudo (sin deducciones) – debe de declarar cuánto y con qué frecuencia. Por ejemplo: \$100/por semana, \$100/por mes ó \$24,000/al año						
1.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$	\$

ANOTE LA CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS EN EL HOGAR (El número que anote deberá de ser igual a la cantidad de nombres que anotó en la Sección A y la Sección B)

Código de educación de California 49557(a): Las solicitudes para alimentos gratuitos y a precio reducido pueden someterse a cualquier hora durante el horario del día escolar. A los niños/jóvenes que participan en el programa nacional de almuerzo - National School Lunch Program, no se les distinguirá bajo el uso de, fichas, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o de cualquier otra manera.

Declaración del Decreto de Privacidad - Privacy Act Statement

"El Decreto para el Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell exige la información en ésta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no la proporciona, no podemos aprobar que le proporcionen a su niño/joven alimentos para almuerzo gratuito ó a precio reducido. Usted deberá de proporcionar las últimas 4 cifras del número de seguro social del miembro adulto en el hogar quien firma la solicitud. Las últimas 4 cifras del número de seguro social no se requieren cuando usted está presentando la solicitud en nombre de un menor adoptado, ó cuando usted proporciona el número de caso de; CalFresh, CalWORKs, ó Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro número de identificación FDPIR ó cuando usted indica que el adulto quien firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir alimentos gratuitos ó a precio reducido y para la administración y hacer que se cumpla con los programas de almuerzo y desayuno. Posiblemente utilizaremos su información de elegibilidad para los programas de educación, salud, y nutrición para asistirles a evaluar, patrocinar, o determinar beneficios para sus programas, para auditores de revisión de programas, y oficiales que obligan el cumplimiento de la ley asistiéndoles en el descubrimiento de violaciones o reglamentos de los programas"

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBEN DE LEER Y COMPLETAR ÉSTA SECCIÓN

Certifico que toda la información que he presentado es verdadera y correcta y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que ésta información es para recibir los fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información en la solicitud, y que la falsificación intencional de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN COMPLETÓ ÉSTE FORMULARIO X	FECHA DE HOY	NÚMERO DE TELÉFONO
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN FIRMA ÉSTA SOLICITUD	Número de Seguro Social (SSN) XXX-XX-_____ <input type="checkbox"/> NO TENGO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN D. IDENTIDAD(ES) ÉTNICA Y RACIAL DEL/LOS NIÑO(S) / JÓVEN(ES) (Opcional)

.1. Escoja una o varias identidades raciales (sin la identidad étnica): Asiático Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro-Americano Nativo de Hawai u otro Isleño del Pacífico .2. Escoja una identidad étnica: Hispano/Latino No es Hispano/Latino



*Cobertura Médica
Healthy Families
y Medi-Cal
Para las Familias*

Las familias que sean elegibles pueden recibir cobertura médica, dental y visual completa para niños menores y hasta la edad de 19 años

*Puede usted dirigir sus preguntas acerca de Healthy Families al
1-888-747-1222*

Para obtener una solicitud y completarla, utilice el siguiente enlace para español:

<http://www.healthyfamilies.ca.gov/Home/?lang=es>

