

Año escolar 2019-2020 Carmel Unified School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido: Programa Estatal de Comidas

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. También puede hacer su solicitud en línea en www.carmelunified.org. 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.

| 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. | | | |
|--|--|----------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Bajo cuidado adoptivo temporal | Sin hogar | Migrante | Fugado del hogar |
| EJEMPLO: Joseph P Adams | Lincoln Elementary | 1^o | 12-15-2010 | <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 (NO LLENAR. 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 | Total Household Income |
| Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 | \$ <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) |
| | <input type="checkbox"/> Categorical |
| Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway | <input type="checkbox"/> Error Prone |
| Determining Official's Signature: | Date: |
| Confirming Official's Signature: | Date: |
| Verifying Official's Signature: | Date: |

State Meal Application, California Department of Education (Spring 2017)
CDE T16-728 Spanish, Arial Font, Two Pages

[NOTE TO SCHOOLS USING THIS TRANSLATION: The California Department of Education (CDE) makes this translation available to schools, free of charge, as a form of assistance to local educational agencies (LEAs). School personnel should remove this paragraph before sending the translated form to parents. The CDE also recommends that LEAs confer with local translators to determine any need for modifications as there can be many variations in translation. Questions regarding this translation may be directed to the Clearinghouse for Multilingual Documents by e-mail: cmd@cde.ca.gov.]