

Año escolar 2025-2026 Carmel Unified School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

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 <https://www.carmelunified.org/domain/20>. 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.

Anoté el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anoté el nombre de la escuela y el grado escolar		Anoté 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.	Seleccione el Tipo de Programa : <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Anoté el número de caso:
--	---	--------------------------

PASO 3 INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó ‘SÍ’ en el PASO 2)– DECLARE LOS INGRESOS

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	
				\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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							
Anoté 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	
	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	
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:	Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Correo Electronico:	

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (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"/>	
Total Household Size <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:	

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):

- Hispano or Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

- Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroestadunidense
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

SY 25-26 Carta a los hogares para las comidas gratuitas y a precio reducido (Comidas Universales de California / California Universal Meals)

Estimado padre, madre o tutor: CUSD participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) y/o en el Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program). En CUSD todos los estudiantes recibirán comidas nutritivas y gratuitas todos los días de clases. Los programas de comidas en los que participamos son financiados a través de reembolsos federales y estatales basados en los ingresos de los hogares y su elegibilidad. Aunque las comidas son gratuitas, se anima a las familias a presentar una solicitud de comidas. La información recopilada en la solicitud de comidas asegura que nuestras escuelas reciban los fondos adecuados y puedan ofrecer a su familia beneficios adicionales como descuentos en las tarifas. Su cooperación es muy apreciada. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para tener derecho a las comidas gratuitas. Si hay más miembros del hogar que número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

REQUISITOS: Sus hijos pueden tener derecho a comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a las directrices federales de elegibilidad de ingresos, que se indican a continuación, con vigencia de 7/1/25-6/30/26.

Escala de Elegibilidad de Precio Reducido de Comidas Y Meriendas					
Total Miembros del Hogar	Annual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$28,953	\$2,413	\$1,207	\$1,114	\$557
2	\$39,128	\$3,261	\$1,631	\$1,505	\$753
3	\$49,303	\$4,109	\$2,055	\$1,897	\$949
4	\$59,478	\$4,957	\$2,479	\$2,288	\$1,144
5	\$69,653	\$5,805	\$2,903	\$2,679	\$1,340
6	\$79,828	\$6,653	\$3,327	\$3,071	\$1,536
7	\$90,003	\$7,501	\$3,751	\$3,462	\$1,731
8	\$100,178	\$8,349	\$4,175	\$3,853	1,927
For each additional family member, add:	\$10,175	\$848	\$424	\$392	\$196

SOLICITUD PARA BENEFICIOS: Una solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido no puede ser evaluada a menos que se completen todos los campos requeridos. Un hogar puede solicitar beneficios en cualquier momento durante el año escolar.

Si usted no es elegible ahora, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de los miembros del hogar aumenta, o un miembro del hogar se convierte en elegible para CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), o

Cómo Aplicar:

Rellene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasa el trámite.

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a CUSD. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo cuidado adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, saltate el PASO 2 y vaya al PASO 3.

PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.

Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.

el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR por sus siglas en inglés), puede presentar una solicitud en ese momento.

CERTIFICACIÓN DIRECTA: No se requiere una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación indicando que todos los niños están automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, por favor complete una solicitud. **VERIFICACIÓN:** Los funcionarios de la escuela pueden comprobar la información de la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Es posible que se le pida que presente información para validar sus ingresos o su elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

PARTICIPANTES DE WIC: Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, NIÑOS QUE SE HAN FUGADO DE SU HOGAR O EN HEAD START: Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, inmigrantes, o niños que se fugaron de su hogar y los niños que participan en el programa de Head Start son elegibles para recibir comidas gratis. Por favor, póngase en contacto con los funcionarios de la escuela para obtener ayuda en 831-624-1546

NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL: La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que sí lo están reciban comidas gratis.

AUDIENCIA IMPARCIAL: Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Sharon Ofek, P.O. Box 222700, Carmel, CA 93922, (831)624-1546 Extension 2020.

PRÓRROGA DE LA ELEGIBILIDAD: El estatus de elegibilidad de su hijo del año escolar anterior (si corresponde) continuará en el nuevo año escolar hasta 30 días

operativos o hasta que se tome una nueva determinación. Cuando termine el período de prórroga, a su hijo se le cobrará el precio completo de las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratuitas o a precio reducido. Las autoridades escolares no están obligadas a enviar avisos de recordatorio o de vencimiento de la elegibilidad.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. 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. Además, podrá estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.

Anote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO – La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, su información de contacto y la fecha de hoy.

OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

INGRESAR LA SOLICITUD: Por favor, envíe una solicitud completa a la escuela de su hijo o a la oficina de nutrición en 3600 Ocean Ave, Carmel 93923. Se le notificará si su solicitud es aprobada o negada para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. **PREGUNTAS/AYUDA:** por favor, póngase en contacto con Alexis Supancic al 831-624-1546-ext.2070