

Estimado Padre o Tutor:

SCVi participa en el Programa Nacional de el Programa de Desayuno Escolar que ofrece comidas nutritivas todos los días en la escuela. Los estudiantes pueden comprar el desayuno por \$1.90. Los estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratuitas o a un precio reducido de \$0.30 por el desayuno. Usted o su niño no necesitan ser ciudadanos 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.

CARTA PARA EL GRUPO FAMILIAR SOBRE LAS COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

CALIFICACIÓN

Su niño puede calificar 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 del grupo familiar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semana
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546

Por cada miembro familiar adicional añadida	\$8,177	\$682	\$341	\$315	\$158
---	---------	-------	-------	-------	-------

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 (CalWORKs) [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 niños 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 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 niños 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 al (661) 705-4820.

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: Cassandra Coleman, 800-925-1502, cassandra.coleman@ileadschools.org.

TRASPASO DE ELEGIBILIDAD

El estatus de elegibilidad de su niño 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 a su niño 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

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, y las instituciones que participan o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o retaliaciones por actividades de derechos civiles previas en cualquier programa a actividad administrado o que recibe fondos del USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) cuando soliciten los beneficios. Las personas que son sordas, con dificultades de audición, o que tienen discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para interponer un reclamo al programa por discriminación, complete el Formulario de Reclamo al Programa por Discriminación del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y entregue en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario completado o la carta al USDA mediante (1) Servicio de Correos: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights [Oficina del Secretario Asistente de Derechos Civiles], 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: 202-690-7442; o (3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov.

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 iLEAD. Escriba sus nombres (primero, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado, y fecha de nacimiento. Si un estudiante en la lista es un niño en cuidado de acogida, marque la casilla de **Hogar de Acogida**. Si está haciendo la solicitud solamente para un niño 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.
1. **PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si **cualquiera** de los miembros del grupo familiar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs, o FDPIR, entonces todos los niños 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, omita el PASO 2 y avance al PASO 3.
1. **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, inclusive usted. 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 ningún miembro del grupo familiar adulto tiene SSN, marque la casilla **NO SSN**.

1. **INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO** – La solicitud debe estar firmada por un adulto miembro del grupo familiar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, la información de contacto, y la fecha de hoy.

OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS

Es opcional completar este campo y no afecta la elegibilidad de sus niños 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 su niño. 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 su niño 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 su niño 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 al (661) 705-4820.

CONSIGNACIÓN

Consigne la solicitud completada en la escuela de su niño o en la oficina de nutrición en el 804 Main Street, Ste C322, Baton Rouge, LA 70802. Recibirá una notificación sobre si su solicitud fue aprobada o denegada para las comidas gratuitas o a precio reducido.

Atentamente,

SCVi

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 (federal 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 Anote 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: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".
 Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, 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 **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	Estudiante en esta Escuela? Y N	Bajo cuidado adoptivo temporal Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>

Marque todos los pertinentes

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

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) CalFresh CalWORKs FDIR **Número de caso:** _____

Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote 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 'Sí' en el PASO 2)

Para obtener más información lea **Cómo 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**.

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)
 Anote 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 (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos totales de los menores \$	¿Frecuencia?			
	Semanal/mes	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos	¿Frecuencia			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente
	\$	<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>
	\$	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

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

Marque la casilla si no tiene SSN →

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona 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 _____ No. de departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono o correo electrónico _____ 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 **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

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 | Raza (marque una o más): 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.

Total Household Members <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Total Household Income <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	How often?					Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Paid (Denied) Reason: _____	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			
Annual Income Conversion		Weekly x52 Bi-Weekly x26 Twice Per Month x24 Monthly x12							

Determining Official _____ Date _____ Confirming Official _____ Date _____ Verifying Official _____ Date _____