

Estimados Padres/Tutor Legal:

El **Distrito Escolar Unificado de Gilroy** participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y/o el Programa de Desayunos Escolares, ofreciendo alimentos saludables, todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo al precio de \$3.00 (primaria) o \$3.25 (secundaria) y desayuno al precio de \$1.25 (primaria) o \$1.50 (secundaria). Los estudiantes elegibles recibirán alimentos al precio reducido de \$0.40 por el almuerzo y \$0.20 por el desayuno. Ni usted ni sus niños requieren de ser ciudadanos de E.U. para ser elegibles para recibir alimentos gratuitos o precios reducidos. Si en su hogar hay más personas y los renglones en esta solicitud no son suficientes para someter su información, adjunte una segunda solicitud. Para que tenga un método sencillo y seguro para someter su solicitud por internet use la siguiente dirección: <http://www.gusd.k12.ca.us/>.

**Quién es elegible:** Sus niños pueden ser elegibles para recibir alimentos gratis o a precios reducidos si su ingreso cae dentro de los Reglamentos del Ingreso Federal o es menos, como se indica en la siguiente tabla.

Efectivo del 1º de julio de 2020 al 30 de junio de 2021					
Reglamento de Elegibilidad Según el Ingreso					
Del 1º de julio de 2019 al 30 de junio de 2019					
Cantidad de miembros	Por año	Por mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 23,606	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	615
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,4014	3,140	1,570
Por cada miembro adicional agregue:					
	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

**SOLICITANDO BENEFICIOS:** Si la solicitud para recibir alimentos gratis o a precio reducido no está completa, no será revisada. Una familia puede someter la solicitud en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si por ahora usted no es elegible, pero el ingreso de su hogar ha disminuido, el número de miembros de la familia se ha incrementado o una persona en el hogar ha sido elegible para CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad para los Niños de California (CalWORKs) o recibe beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en las Reservaciones Indias (FDPIR), en ese momento usted podrá llenar una solicitud.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se necesita llenar otra solicitud si el hogar ha recibido una carta de notificación indicando que todos los niños se han certificado automáticamente para alimentos gratis. Si usted no recibió la notificación entonces por favor llene una forma.

**CÓMO SOLICITAR ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO** – Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con pluma. Si está incompleta, no es clara o la información es incorrecta, esto retrasará el proceso.

**PASO 1- INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten al Distrito Escolar Unificado de Gilroy. Escriba su nombre completo, escuela, grado y fecha de nacimiento. Si cualquiera de los estudiantes que están en la lista, es un niño en hogar temporal, marque el cuadro que dice "Hogar Temporal". Si solo está solicitando para un niño en hogar temporal, llene el PASO 1 y después continúe en el PASO 4. Si cualquier estudiante de la lista es indigente, migrante o que se ha fugado de su casa, marque los cuadros: "Indigente, Migrante o Se fugó de su casa" y llene TODOS los pasos.

**PASO 2- PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si CUALQUIERA de los miembros del hogar (niño o adulto) participan en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, entonces todos los niños son elegibles para alimentos gratis. Deberá marcar el cuadro del programa de asistencia, anotando el # del caso y después continúe al PASO 4. Si nadie participa en ningún programa, vaya al PASO 2 y continúe al PASO 3.

**PASO 3 - REPORTAR EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – Deberá reportar el ingreso TOTAL (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Escriba "0" por cada miembro que no reciba ingresos.

- Reporte el ingreso TOTAL combinado de todos los estudiantes de la lista en el PASO 1 y escriba el período de pago apropiado. Incluya el ingreso del niño en hogar temporal si la solicitud es para niños temporales y no temporales.
- Escriba el nombre y apellido de TODOS LOS DEMÁS miembros que no estén en la lista en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Reporte el INGRESO TOTAL de cada agencia y anote el período de pago apropiado.
- Anote la cantidad de miembros que hay en el hogar (niños y adultos). Este número DEBERÁ ser igual a la lista del PASO 1 y del PASO 3.

### CARTA PARA EL HOGAR PARA SOLICITAR ALIMENTOS GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS

**VERIFICACIÓN:** En cualquier momento, durante el ciclo escolar, los oficiales del distrito pueden revisar la información en la solicitud. tal vez se le pueda solicitar que de información para validar su ingreso o su actual elegibilidad para beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del programa de Alimentación Especial Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), pudieran ser elegibles para recibir alimentos gratis o a precios reducidos, llenando una solicitud.

**INDIGENTES, MIGRANTES, JÓVENES QUE SE HAN FUGADO DE SU HOGAR Y HEAD START:** Los niños que están bajo la definición de indigentes, migrantes o jóvenes que han huido de su hogar y los niños que participan en el Programa Head Start de su escuela son elegibles para alimentos gratis. Comuníquese con los oficiales de la escuela para que le ayuden, al (669) 205-4041.

**JÓVENES EN HOGAR TEMPORAL:** La responsabilidad legal deberá ser a través de una agencia de cuidado temporal o de los juzgados para que sean elegibles para alimentos gratis. Un niño en un hogar temporal deberá ser incluido como miembro del hogar, si la familia escoge solicitar para sus niños que no son temporales y deberá estar en la misma solicitud y se deberá reportar cualquier ingreso obtenido por el niño en hogar temporal. Si los niños que no son temporales no son elegibles, esto no impide que el niño temporal reciba alimentos gratis.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si usted no está de acuerdo con la decisión que se haya tomado en la escuela en cuanto a su solicitud o el resultado de la verificación, usted puede hablar sobre esto con el oficial de audiencias. También tiene el derecho de tener una audiencia justa, la cual se puede solicitar llamando o escribiendo una carta a la siguiente dirección: Dr. Deborah Flores, 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020, (669) 205-4091.

**CONTINUACIÓN DE ELEIGIBILIDAD:** La situación de la solicitud de su hijo/a del ciclo escolar anterior continuará en el nuevo ciclo escolar hasta por 30 de operación o hasta que se haya tomado una nueva determinación. Cuando el período de continuación termine, se le cobrará a su niño/a el precio completo de los alimentos, a menos que su hogar reciba la notificación de que es elegible para alimentos gratis o a precio reducido.

No es requerido que los oficiales escolares envíen un recordatorio o avisos de que se ha expirado su elegibilidad.

**DETERMINACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De acuerdo a los reglamentos y políticas de la ley de Derechos Civiles Federales y del Departamento de Agricultura de los E.U. (USDA), la USDA, sus Agencias, oficinas y empleados e instituciones participantes en la administración de sus programas, se prohíbe las discriminación de acuerdo a la raza, el color, el origen nacional, el género, la discapacidad, al edad o represalias por cualquier actividad de derechos civiles anterior o actividad llevada a cabo o financiada por la USDA.

La personas con discapacidad que requieran de medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo: Braille, letras grandes, audio cintas, Lenguaje Americano de Señas, etc.), deberá comunicarse con la Agencia (estatal o Local) a donde haya sometido su solicitud para los beneficios. La personas que sean sordas, que tengan problemas con la audición o tengan problemas del habla pueden comunicarse con la USDA a través del Servicio Federal de Pase de Transmisión de Información al (800) 877-8339. Adicionalmente la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene la forma de Queja por Discriminación del Programa de USDA (AD-3027) que puede encontrar en la página de internet en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina de USDA o escribir una carta dirigida a la USDA y anotar toda la información solicitada. Para solicitar una copia de dicha forma, llame al (866) 632-9992. Someta su forma completa o carta a USDA por: (1) correo a: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Por fax: (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es proveedora de oportunidades equitativas.

D) Anote los últimos cuatro dígitos de su # de Seguro Social (SSN). Si no hay algún adulto que tenga # de SS, marque en el cuadro en donde dice "NO tengo SS".

E) **PASO 4 - INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO** – La solicitud deberá estar firmada por un adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, la información de contacto y fecha de hoy.

**OPCIONAL: IDENTIFICACIÓN DE RAZA Y GRUPO ÉTNICO DEL NIÑO** – Esta área es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido. Marque el cuadro apropiado.

**INFORMACIÓN:** La ley del Almuerzo Escolar a Nivel Nacional Richard B. Russell requiere de esta información. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar la solicitud. Deberá incluir los 4 últimos # del SS del adulto que firma la solicitud. Los # del SS no son requeridos si usted da el número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR o de cualquier otro identificador FDPIR de su niño/a o cuando usted indique que el adulto que firma la solicitud no tiene un # de SS. Nosotros usamos esta información para determinar si su hijo/a es elegible para alimentos gratis o a precios reducidos y para la administración y la ejecución de los programas de alimentos.

**PREGUNTAS Y SI NECESITA AYUDA:** Comuníquese con Belinda Landeros al (669) 205-4075.

**SOMETER:** Entregue una solicitud completa en la escuela o en la oficina de nutrición en: 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020. Se le notificará si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.

Atentamente,  
**Departamento de Nutrición Infantil**  
**Distrito Escolar Unificado de Gilroy**

**Ciclo Escolar 2020-2021 Solicitud para alimentos gratis o a precio reducido del Distrito Escolar Unificado de Gilroy Llene una solicitud por familia.**

Lea las instrucciones que se incluyen con la solicitud para llenarla. Use letra de molde y una pluma. También puede imprimir una copia del internet en: [www.family.titank12.com](http://www.family.titank12.com). Esta organización es un proveedor de oportunidades iguales.

**Código de Educación de California Sección 49557(a):** “Esta solicitud para alimentos gratis o a precios reducidos podrá entregarla en cualquier momento. A los niños que participan en el Programa Federal de Alimentos Escolares no se les identificará a través del uso de regalos, boletos especiales, filas para servicios especiales, entradas o áreas de comida separadas ni de ninguna otra forma”.

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Los niños en **Hogares Temporales** y los que satisfacen la definición de **Sin Hogar, Migrante** o que se ha fugado de la casa, son elegibles para alimentos gratis. Si tiene más nombres agregue otra hoja de papel.

Escriba el nombre de <b>CADA NIÑO(A)</b> (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Escriba el nombre de la escuela y su grado		Fecha de Nacimiento	Indique el cuadro que aplica si el estudiante está en <b>hogar temporal, sin hogar, Migrante o se ha fugado de su casa.</b>			
<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>Escuela Primaria Lincoln</b>	<b>1º</b>	<b>12-15-2010</b>	Hogar temporal	Sin hogar	Migrante	Se ha fugado de su casa
				<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**

¿Alguno de los miembros de su hogar (incluyéndose a usted) participa actualmente en alguno de los siguientes programas de asistencia?

Si la respuesta es **NO**, sátese el PASO 2 y llene el PASO 3.

Si la respuesta es **SI**, no llene el PASO 3. Marque los programas que aplican, escriba el número de caso y vaya al PASO 4.

CalFresh   
  CalWORKs   
  FDIPIR

Seleccione el tipo de programa: \_\_\_\_\_

Escriba el número de caso: \_\_\_\_\_

**PASO 3 – REPORTE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Sátese éste paso si contestó “Si” en el PASO 2)**

**A. INGRESO DEL ESTUDIANTE:** Algunas veces los estudiantes en una familia reciben un ingreso. Incluya aquí el TOTAL del ingreso obtenido por todos los estudiantes de la lista en el PASO 1. Reporte el ingreso total en números enteros, antes de los impuestos y las deducciones. Escriba la frecuencia en que recibe el pago: W = Semanal, 2W = Quincena., 2M = bimestral, M = Mensual, Y = Anual

Ingreso total del estudiante	¿Cada cuándo?
	\$ _____

**B. TODOS LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluyéndose a usted):** Ponga en una lista a **TODOS** los miembros del hogar que no aparezcan en el PASO 1, **aunque no reciban ingreso**. Por cada miembro, reporte en números enteros el TOTAL del ingreso de cada trabajo. Si no reciben ingreso de ninguna parte, escriba “0”. Si escribe “0” o deja espacios en blanco, usted está certificando (jurando) que no hay ingreso que reportar. Reporte todos los ingresos antes de los impuestos y las deducciones. Escriba la frecuencia con la que recibe el pago, en donde dice “¿Cada cuándo?”: W = semanal, 2W = Quincenal, 2M = 2 veces al mes, M = Mensual, Y = Anual

Escriba los nombres de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> miembros de la familia (Nombre y apellido)	Salario de trabajo	Cada cuándo	Asistencia Pública/SSI/Manutención/Pensión alimenticia	Cada cuándo	Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso	Cada cuándo
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	

Total de todos los miembros (Niños y adultos)

Escriba los últimos cuatro dígitos del # del Seguro Social (SSN) del trabajador principal o de otro miembro adulto de la familia

Marque el cuadro si **NO** tiene SSN

**PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Certificación: “Yo certifico (juro) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se da en conexión con los recibos de los fondos federales y que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Sé que si he dado información falsa, tal vez mis niños pierdan el beneficio de los alimentos y que será procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables”.

Firma del adulto que llena esta forma: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**NO LLENE ESTA PARTE. SOLO PARA USO DE LA ESCUELA**

Conversión anual del ingreso: Semanal x52, Quincenal x26, Dos veces al mes x24, Mensual x12

¿Con qué frecuencia?  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Anual

Total de la familia

Elegibilidad:  Gratis  Precio reducido  Pagado (Rechazado)

Verificado como:  Sin hogar  Migrante  Se ha fugado

Firma del oficial que determina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Confirmación de la firma del oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Verificación de la firma del oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Total del ingreso familiar

Categórico  Propenso a error

**OPCIONAL – IDENTIFICACIÓN DE RAZA Y GRUPO ÉTNICO DE LOS NIÑOS**

Se nos requiere pedir información acerca de la raza y grupo étnico de los niños. Esta información es importante para asegurarnos que servimos totalmente a nuestra comunidad. El responder a esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de sus niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

**Grupo étnico (marque uno):**

Hispano o Latino  No Hispano o Latino

**Raza (marque una o más):**

Indio Americano o Nativo de Alaska   
  Asiático   
  Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico   
  Blanco