

Dear Parent or Guardian:

The GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program by offering nutritious meals every school day. Students may buy lunch for \$3.00 (Elementary) or \$3.25 (Secondary) and breakfast for \$1.25 (Elementary) or \$1.50 Secondary. Eligible students may receive meals free of charge or at the reduced-price rate of \$0.40 for lunch and \$0.20 for breakfast. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application. For a simple and secure method to apply, use our online application at <http://www.gusd.k12.ca.us/>.

QUALIFICATION: Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

Effective July 1, 2019–June 30, 2020					
Income Eligibility Guidelines					
July 1, 2020–June 30, 2021					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
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
For each additional family member, add:					
	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

APPLYING FOR BENEFITS: An application for free or reduced-price meals cannot be reviewed unless all required fields are completed. A household may apply at any time during the school year. If you are not eligible now, but your household income decreases, household size increases, or a household member becomes eligible for CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) benefits, you may submit an application at that time.

LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

DIRECT CERTIFICATION: An application is not required if the household receives a notification letter indicating all children are automatically certified for free meals. If you did not receive a letter, please complete an application.

VERIFICATION: School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to submit information to validate your income or current eligibility for CalFresh, CalWORKs, or FDPIR benefits.

WIC PARTICIPANTS: Households that receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) benefits, may be eligible for free or reduced-price meals by completing an application.

HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY & HEAD START: Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway, and children participating in their school’s Head Start program are eligible for free meals. Please contact school officials for assistance at (669) 205-4041.

FOSTER CHILD: The legal responsibility must be through a foster care agency or court to qualify for free meals. A foster child may be included as a household member if the foster family chooses to apply for their non-foster children on the same application and must report any personal income earned by the foster child. If the non-foster children are not eligible, this does not prevent a foster child from receiving free meals.

FAIR HEARING: If you do not agree with the school’s decision regarding your application’s determination or the result of verification, you may discuss it with the hearing official. You also have the right to a fair hearing, which may be requested by calling or writing the following: Dr. Deborah Flores, 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020, (669) 205-4091.

ELIGIBILITY CARRYOVER: Your child’s eligibility status from the previous school year will continue into the new school year for up to 30 operating days or until a new determination is made. When the carryover period ends, your child will be charged the full price for meals, unless the household receives a notification letter for free or reduced-price meals.

School officials are not required to send reminder or expired eligibility notices.

NON-DISCRIMINATION STATEMENT: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) Mail: 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; or (3) E-mail: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

HOW TO APPLY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS – Complete one application per household. Please print clearly with a pen. Incomplete, illegible, or incorrect information will delay processing.

STEP 1: STUDENT INFORMATION – Include ALL STUDENTS who attend Gilroy Unified School District. Print their name (first, middle initial, last), school, grade level, and birthdate. If any student listed is a foster child, check the “Foster” box. If you are only applying for a foster child, complete STEP 1, and then continue to STEP 4. If any student listed may be homeless, migrant, or runaway, check the applicable “Homeless, Migrant, or Runaway” box and complete all STEPS of the application.

STEP 2: ASSISTANCE PROGRAMS – If ANY household member (child or adult) participates in CalFresh, CalWORKs, or FDPIR, then all children are eligible for free meals. Must check the applicable assistance program box, enter one case number, and then continue to STEP 4. If no one participates, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

STEP 3: REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS – Must report GROSS income (before deductions) from ALL household members (children and adults) in whole dollars. Enter “0” for any household member that does not receive income.

- A) Report the combined GROSS income for all students listed in STEP 1 and enter the appropriate pay period. Include a foster child’s income if you are applying for foster and non-foster children on the same application.
- B) Print the names (first and last) of ALL OTHER household members not listed in STEP 1, including yourself. Report the total GROSS income from each source and enter the appropriate pay period.
- C) Enter the total household size (children and adults). This number MUST equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.
- D) Enter the last four digits of your Social Security number (SSN). If no adult household member has a SSN, check the “NO SSN” box.

STEP 4: CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE – The application must be signed by an adult household member. Print the name of the adult signing the application, contact information, and today’s date.

OPTIONAL: CHILDREN’S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES – This field is optional to complete and does not affect your children’s eligibility for free or reduced-price meals. Please check the appropriate boxes.

INFORMATION STATEMENT: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number are not required when you list a CalFresh, CalWORKs, or FDPIR case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

QUESTIONS/NEED ASSISTANCE: Please contact Belinda Landeros at (669) 205-4075.

SUBMIT: Please submit a complete application to your child’s school or the nutrition office at 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

Sincerely,
Child Nutrition Department
Gilroy Unified School District

School Year 2020-2021 GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT Application for Free and Reduced-Price Meals Complete one (1) application per household.

Please read the instructions on how to apply. Print clearly with a pen. You may also apply online at <http://www.family.titank12.com>. This institution is an equal opportunity provider.

California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.

STEP 1 – STUDENT INFORMATION

Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless, Migrant, or Runaway** are eligible for free meals.

Print the name of EACH STUDENT (First, Middle Initial, Last)	Enter school name and grade level		Enter student's birthdate	Check the applicable box if the student is foster, homeless, migrant, or runaway.				
	EXAMPLE: Joseph P Adams	Lincoln Elementary		1st	12-15-2010	Foster	Homeless	Migrant
					<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"/>

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDIPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If YES , check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	Select Program Type:	Enter Case Number:
	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	

STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'YES' in STEP 2)

A. STUDENT INCOME: Sometimes students in the household earn income. Enter the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Total Student Income	How Often
\$	

B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself): List **ALL** household members not listed in STEP 1, even if they do not receive income. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Print the name of ALL OTHER Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

C. Total Household Members (Children and Adults)

D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

Check the box if **NO SSN**

STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE

Certification: I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Signature of adult completing this application:		
Print Name:		
Date:	Phone Number:	
Mailing Address:		
City:	State:	Zip:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY	
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 Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	Total Household Income \$
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) Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES
We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.
Ethnicity (check one): <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
Race (check one or more): <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White

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 ELEGIIBILIDAD: 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, 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.

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. 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 CADA NIÑO(A) (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 hogar temporal, sin hogar, Migrante o se ha fugado de su casa.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	Escuela Primaria Lincoln	1º	12-15-2010	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 TODOS LOS DEMÁS 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) Categórico

Verificado como: Sin hogar Migrante Se ha fugado Propenso a error

Firma del oficial que determina: _____ Fecha: _____

Confirmación de la firma del oficial: _____ Fecha: _____

Verificación de la firma del oficial: _____ Fecha: _____

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