

Ciclo Escolar 2022-2023 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**, sáltese 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 (Sáltese 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

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: _____

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: _____

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

El DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o Programa de Desayuno Escolar ofreciendo comidas nutritivas todos los días escolares. Los estudiantes recibirán un desayuno y almuerzo GRATIS todos los días, sin costo alguno. **Aunque las comidas son GRATUITAS, COMPLETE una (1) solicitud por hogar antes del 28 de septiembre de 2022 para ayudar con la financiación del distrito.** Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos Estadounidenses para calificar para comidas gratis o a precio reducido. Si hay más miembros en el hogar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Para solicitar un método simple y seguro, utilice nuestra solicitud en línea en <http://www.gusd.k12.ca.us/>.

CARTA AL HOGAR PARA COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

CALIFICACIÓN: Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a las pautas federales de elegibilidad de ingresos a continuación.

Efectivo del 1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023

Pautas de elegibilidad de ingresos

1 de julio de 2022 al 30 de junio de 2023

Tamaño del hogar	Año	Mes	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semana
1	\$ 25,142	\$ 2,096	\$ 1,048	\$ 967	\$ 484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	88,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 8,732	\$ 782	\$ 364	\$ 336	\$ 168

SOLICITUD DE BENEFICIOS: Una solicitud de comidas gratis o a precio reducido no se puede revisar a menos que se completen todos los campos requeridos. Un hogar puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño del hogar aumenta o un miembro del hogar se vuelve elegible para los beneficios de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), usted puede presentar una solicitud en ese momento.

¿CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO? – Complete una (1) solicitud por hogar. Escriba claramente con un bolígrafo. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento.

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: Incluya TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten al Distrito Escolar Unificado de Gilroy. Escriba su nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes enumerados es un hijo adoptivo, marque la casilla "Adopción". Si solo está solicitando un niño de crianza, complete el PASO 1 y luego continúe con el PASO 4. Si alguno de los estudiantes enumerados puede no tener hogar, ser migrante o fugitivo, marque la casilla correspondiente "Sin hogar, migrante o fugitivo" y complete todos los PASOS de la aplicación.
PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA: Si CUALQUIER miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, entonces todos los niños son elegibles para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia correspondiente, ingresar un número de caso y luego continuar con el PASO 4. Si nadie participa, omita el PASO 2 y continúe con el PASO 3.
PASO 3: INFORME DE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: debe informar los ingresos BRUTOS (antes de las deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en dólares enteros. Ingrese "0" para cualquier miembro del hogar que no reciba ingresos

- A) Informe el ingreso BRUTO combinado de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 e ingrese el período de pago correspondiente. Incluya los ingresos de un niño de crianza si está solicitando niños de crianza y no de crianza en la misma solicitud.
- B) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no figuren en el PASO 1, incluido usted mismo. Informe el ingreso BRUTO total de cada fuente e ingrese el período de pago correspondiente.
- C) Ingrese el tamaño total del hogar (niños y adultos). Este número DEBE ser igual a los miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y el PASO 3.
- D) Ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla "SIN SSN".

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO – La solicitud debe estar firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, la información de contacto y la fecha de hoy. **OPCIONAL: IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y RACIALES DE LOS NIÑOS** – Este campo es opcional para completar y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, marque las casillas correspondientes. **DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos probar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son necesarios cuando indica 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 es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

PREGUNTAS/NECESITA AYUDA: Por favor comuníquese con Belinda Laneros al (669) 205-4075.

ENVIAR: Envíe una solicitud completa a la escuela de su hijo o a la oficina de nutrición en 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para comidas gratis o a precio reducido.
 Atentamente,
 Departamento de Nutrición Infantil
 Distrito Escolar Unificado de Gilroy

Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de elegibilidad vencidos.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De acuerdo con la Ley Federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje de Señas Estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una denuncia de discriminación del programa, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del programa 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 escribir una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 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 con igualdad de oportunidades.