GHC GRANADA HILLS CHARTER

2025 – 2026 Solicitud para comidas

UTILICE TINTA NEGRA. ESCRIBA EN FORMA CLARA
COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR.

La información de este cuestionario ayudará a los estudiantes, las familias y GHC para calificar para recibir apoyo financiero .
Ayúdenos a alcanzar nuestra meta del 100% de participación.

SOLO PARA USO ESCOLAR

DATE	INITIALS	ELIGIBILITY

☐ ⬅ **NO, NO** deseamos solicitar beneficios de alimentos. **(Marque la casilla, completo PASO 1, y vaya al PASO 4)**

SOLICITE EN LINEA EN
www.linqconnect.com

PASO 1 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE – Escriba ID#, la fecha de nacimiento, nombre apellido, y grado de CADA niño que asistirá Granada Hills Charter este año

ID#	FECHA DE NACIMIENTO ESCUELA DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	APELLIDO DEL ESTUDIANTE	GRADO	ESCUELA	MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN: Hijo de crianza	Sin hogar, Migrante, Fugado del hogar
	M M D D Y Y				GHC	F	
	M M D D Y Y				GHC	F	
	M M D D Y Y				GHC	F	
	M M D D Y Y				GHC	F	
	M M D D Y Y				GHC	F	
	M M D D Y Y				GHC	F	

PASO 2

Alguno de los miembros del hogar (usted incluido) actualmente participa en uno de los siguientes programas de asistencia: CalFresh, CalWORKS or FDPIR?

Si ☐ **No** ☐

Si contestó NO Complete el PASO 3

Si es afirmativo, Escriba su número de caso abajo

Escriba solo un número de caso en este espacio.

Si se introduce un nubero de caso OMITA el PASO 3 y vaya al PASO 4

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar y incluya los estudiantes que no son parte de GHC también

A. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR Anote a todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluya a los bebes y usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar listado, si recibe ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente solo en dólares enteros. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algunos campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que deban informarse. Informe todos los ingresos antes de impuestos y deducciones y marque el período de pago adecuado. Períodos de pago: **S**=Semanal, **2S**=Cada dos semanas, **M**=Mensual, **2M**=Dos veces por mes.

Nombre de TODOS LOS OTROS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ganancias de trabajos	¿Frecuencia?	Asistencia pública/ Manutención de menores/ Pensión alimenticia	¿Frecuencia?	Pensiones/Jubilación/ Todo otro ingreso	¿Frecuencia?
	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M
	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M
	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M	$	S 2S M 2M
	$	W 2S M 2M	$	S 2S M 2M	$	S 2S S 2M
	$	W 2S M 2M	$	S 2S M 2M	$	S 2S S 2M

B. INGRESOS DE ESTUDIANTES: A veces los Estudiantes en el hogar tienen ingresos. Por favor, incluya los ingresos TOTALES ganados por todos los Estudiantes listados en el PASO 1. Período de pago: **S**=Semanal, **2S**=Cada dos semanas, **M**=Mensual, **2M**=Dos veces por mes. $ ____ S 2S M 2M

Total miembros del hogar (niños y adultos) ☐☐

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (NSS) de la persona que gana el sueldo principal u otro miembro adulto del hogar X X X X X ☐☐☐☐

Marque si NO TIENE NSS ☐

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los niños

Se nos requiere solicitarle información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estemos brindando servicios a toda la comunidad. Responder esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de su hijo para alimentos gratuitas o a precio reducido.

ETNIA (marque una)
☐ Hispano o latino ☐ No Hispano o latino

RAZA (marque una o más)
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hawaiano o nativo de otra isla del Pacífico ☐ Blanco

PASO 4 Firma del miembro adulto de la familia

CÓDIGO EDUCATIVO DE CALIFORNIA, ARTÍCULO 49557(a):
Las solicitudes para comidas gratuitas o a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante una jornada escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán identificados abiertamente mediante el uso de cupones especiales, boletos especiales, filas para servir especiales, entradas separadas, áreas de comida separadas, ni por ningún otro medio.

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se entrega en relación con la recepción de fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Entiendo que si suministro información falsa deliberadamente, mis hijos podrán perder los beneficios de alimentos, y podré ser pasible de acciones legales en mi contra conforme a la legislación vigente a nivel federal y del estado."

M M D D Y Y — **Fecha de hoy**

X SIGNATURE REQUIRED — **Firma del adulto que completa la solicitud**

ESCRIBA su información en las siguientes casillas

NOMBRE del adulto que completa la solicitud

APELLIDO del adulto que completa la solicitud

Domicilio (si está disponible)

Apartamento #

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono durante el día

SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS GRATUITAS O PRECIO REDUCIDO

COMO COMPLETAR ESTA SOLICITUD- ESCRIBA EN FORMA CLARA CON TINTA NEGRA. UTILICE MAYUSCULAS. COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR.

NO USE LAPIZ TINTA DE COLOR PARA COMPLETAR LA SOLICITUD.

PASO 1: LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ESTUDIANTES HASTA EL GRADO 12. Para cada estudiante, escriba el numero, ingrese una letra en cada casilla. Si hay mas estudiantes que líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud con la información requerida para los estudiantes adicionales. Si algún estudiante listado es un hijo de crianza, marque la casilla "Hijo de crianza". Los hijos de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su hogar y deben ser listados en la solicitud. Si la solicitud es solo para hijos de crianza, complete el PASO 1 y luego pase al PASO 4 en la solicitud y siga las instrucciones del PASO 4. Si considera que algun estudiante listado en esta sección puede ser sin hogar, migrante, o fugado del hogar, marque la casilla adecuada y complete todos los pasos de la solicitud.

PASO 2: SI ALGUNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (INCLUYENDO ADULTOS) PARTICIPA ACTUALMENTE EN CalFresh, Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Ninos de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids - CalWORKs), el Programa de Distribucion de Alimentos en Reservas Indigenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDPIR), o i alguien en su hogar participa en los programas de asistencia listados, sus hijos son elegibles para comidas escolares gratuitas. Ingrese un numero de caso actual.

PASO 3: INFORME LOS INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

A) Liste los nombres e ingresos de todos los otros miembros del hogar. No liste a ningún miembro del hogar que haya listado en el PASO 1.

B) Informe todos los ingresos ganados por estudiantes. Informe los ingresos brutos combinados de TODOS los estudiantes listados en el Paso 1 en su hogar. Solo cuente los ingresos de los hijos de crianza si esta presentando la solicitud para ellos junto con el resto de su hogar. Es opcional para los hogares listar a los hijos de crianza que viven con ellos como parte del hogar. Informe el tama o total del hogar. Este numero DEBE ser igual al numero de miembros del hogar listados en el PASO 1 y PASO 3.

Suministre los últimos cuatro dígitos de su Numero de Seguro Social. Si ningún miembro adulto del hogar tiene Numero de Seguro Social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha que dice "Marque si no tiene NSS"

PASO 4: INFORMACION DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO. información de contacto.

OPCIONAL: COMPARTA LAS IDENTIDADES ETNICAS Y RACIALES DE LOS NINOS. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS, ILEGIBLES 0 INCORRECTAS DEMORARAN LOS BENEFICIOS DE COMIDAS

HIJOS DE CRIANZA o MENORES EN CUIDADO FUERA DE SU HOGAR: Escriba el nombre del menor. Si el menor recibe ingreso para uso personal, anote la cantidad del ingreso. Ingreso para uso personal es (1) dinero entregado por la ocina de bienestar social identicado por categoría para el uso personal del menor, como vestimenta, pago de escuela, y mesada; y (2) todo otro dinero que el menor recibe, como dinero de la familia y ganancias por empleo de tiempo complete o medio tiempo regular. El padre a cargo de la crianza del niño o el funcionario de la agencia debe firmar la solicitud.

PARTICIPANTES DE WIC: Si actualmente usted recibe beneficios bajo el Programa de Nutrición Complementaria Especial para Mujeres, infantes y Niños, mejor conocido como Programa WIC, su hijo puede ser elegible para comidas a precio reducido o gratuitas. Lo invitamos a completar la solicitud y devolverla a la escuela para su procesamiento.

INGRESO MILITAR PARA VIVIENDA: Si su vivienda es parte de la Iniciativa Militar de Privatización de Viviendas, NO incluya el dinero que recibe para vivienda como ingreso. Todo otro ingreso deberá ser incluido en sus ingresos brutos.

COMIDAS PARA DISCAPACITADOS: Si considera que su hijo necesita un sustituto alimenticio o una modificación de textura debido a una discapacidad, por favor, contacte a la cafetería al (818) 363-7303. Un niño con una discapacidad tiene derecho a una comida especial, sin cargo adicional, si la discapacidad impide que el niño pueda comer las comidas regulares de la escuela.

VERIFICACION: Los funcionarios escolares podrán verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el a o escolar. Es posible que se le solicite enviar información para probar sus ingresos, o elegibilidad actual para CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR.

CERTIFICACION DIRECTA: Esta escuela participa en Certificación directa. Si su hogar recibe CalFresh o si su(s) hijo(s) recibe(n) CalWORKS, beneficios de FDPIR, o es un hijo de crianza, entonces 1) su hijo puede estar certificado automáticamente para recibir comidas gratuitas. 2) Si no recibió una carta de certificación directa para su hijo que esta en cualquiera de esos programas, debe completar una solicitud. Si no recibe notificación, pero considera que su(s) hijo(s) es son elegibles para comidas gratuitas, por favor llame a la cafetería al (818) 363-7303.

SOLICITUD DE BENEFICIOS: Us ed puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el a o escolar. Sino es elegible ahora pero sus ingresos disminuyen, pierde su empleo, aumenta su familia, o se vuelve elegible para CalFresh, CalWORKs, o beneficios de FDPIR, podrá completar una solicitud en ese momento.

CONFIDENCIALIDAD: La información sobre el tama o de la familia, ingresos del hogar, y numero de Seguro Social será confidencial y no se compartirá para ningún fin. La información que usted suministre determinara la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

NO DISCRIMINACION: Los niños que reciben comidas gratuitas o a precio reducido deben ser tratados de igual forma que los niños que pagan el precio complete de sus comidas.

DECLARACION SOBRE USO DE LA INFORMACION: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. No es obligatorio suministrar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Si esta presentando una solicitud en base a los ingresos, es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del numero de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No es necesario incluir los ultimos cuatro digitos del numero de seguro social si la solicitud es para un hijo de crianza lista un numero de caso de CalFresh, CaiWORKs, FDPIR o Kin-GAP u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando se indica que el adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con numero de Seguro Social. Utilizaremos su información sobre tama o de la familia e ingresos para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para administrar y garantizar el cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros podríamos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar o determinar beneficios; con auditores que revisan programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

PROGRAMA DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDIGENAS (FDPIR): Los hogares que participan en el FDPIR son categóricamente elegibles para comidas gratuitas o leche. El FDPIR esta autorizado por el Articulo 4(b) de la Ley de Estampillas de Alimentos de 1977. Segun este articulo, los hogares elegibles pueden decidir participar en el Programa de Estampillas de alimentos o en el FDPIR. Debido a que los hogares tienen la opcion de participar en cualquiera de los programas, se ha determinado que los hogares de FDPIR tienen derecho a recibir los mismos beneficios categóricos que los hogares que reciben Estampillas de alimentos.

AUDIENCIA JUSTA: Si usted no esta de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o con el resullado de la verificación, podrá analizarlo con la cafetería. Tambien tiene derecho a una audiencia justa. Una audiencia justa podra solicitarse llamando o escribiendo al siguiente funcionario escolar: Funcionario Principal de Negocios, Granada Hills Charter School, 10535 Zelzah Ave, Granada Hills, CA 91344, (818) 360-2361.

PRESENTACION: Por favor, complete la solicitud de comidas y devuelvala a la escuela.

La cafeteria le enviara una notificacion por correo o coreo electronico cuando su solicitud haya sido aceptada y procesada.

INGRESOS QUE DEBEN REPORTARSE

Ganancias de trabajos	Sueldos, salaries, bonificaciones en efectivo, ingresos netos de trabajos autonomos (agropecuarios o comerciales), beneficios
Asistencia publica I pension alimenticia I manutencion de menores	Beneficios por desempleo, compensacion por accidente de trabajo, seguridad de ingreso suplementario (SSI), asistencia en efectivo del estado o gobierno local, pagos de pension alimenticia, pagos de manutencion de menores, beneficios para veteranos
Pensiones/Jubilacion Todo otro ingreso	Seguridad Social (incluyendo jubilacion ferroviaria y beneficios por pulmon negro), pensiones privadas o discapacidad, ingresos por fideicomisos o propiedades, anualidades, ingresos de inversions, intereses ganados, ingresos por renta, pagos regulares en efectivo de personas que no viven en el hogar

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Utilice la siguiente tabla de ingresos para ver si califica para el programa de comidas gratuitas o a precio reducido. Vigente del 1 de Julio de 2025 al 30 de Junio de 2026

Miembros del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por 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
Por CADA miembro adicional en el hogar, agregue:	$ 10,175	$ 848	$ 424	$ 392	$ 196

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) prohibe la discriminación contra sus clientes, empleados, y postulantes para empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de genero, religión, represalia, y donde sea aplicable, creencias políticas,

Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicaran a todos los programas o actividades de empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación al programa de Derechos Civiles, complete el formulario de queja por discriminación del programa de USDA, que puede encontrar en línea en https://www.usda.gov/oascr/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información que solicita el formulario.

Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al 202-690-7442 o por correo electronico a CR-Info@usda.gov.

Las personas sordas, con problemas auditivos o del habla podran contactar al USDA atraves del Servicio de Telecomunicaciones Rele al 711; o 800 845-6136 (Español).

USDA y CDE son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.