

## SY 24-25 Letter to Households for Free and Reduced-Price Meals (California Universal Meals)

Dear Parent or Guardian:

The **Moorpark Unified School District** participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program. At **Moorpark Unified School District**, all students will receive nutritious meals free of charge every school day. The meal programs we participate in are supported by federal and state reimbursements that are based on household income and eligibility. Although meals are free of charge, families are encouraged to submit a meal application. The information collected on the meal application ensures our schools receive adequate funding and can offer your family additional benefits such as discounted fees. Your cooperation is greatly appreciated. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application.

**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 7/1/24-6/30/25.

| Household Size                          | Annual    | Monthly  | Twice Per Month | Every Two Weeks | Weekly   |
|---|-----------|----------|-----------------|-----------------|----------|
| 1                                       | \$ 27,861 | \$ 2,322 | \$ 1,161        | \$ 1,072        | \$ 536   |
| 2                                       | \$ 37,814 | \$ 3,152 | \$ 1,576        | \$ 1,465        | \$ 728   |
| 3                                       | \$ 47,767 | \$ 3,981 | \$ 1,991        | \$ 1,838        | \$ 919   |
| 4                                       | \$ 57,720 | \$ 4,810 | \$ 2,405        | \$ 2,220        | \$ 1,110 |
| 5                                       | \$ 67,673 | \$ 5,640 | \$ 2,820        | \$ 2,603        | \$ 1,302 |
| 6                                       | \$ 77,626 | \$ 6,469 | \$ 3,235        | \$ 2,986        | \$ 1,493 |
| 7                                       | \$ 87,579 | \$ 7,299 | \$ 3,650        | \$ 3,369        | \$ 1,685 |
| 8                                       | \$ 97,532 | \$ 8,128 | \$ 4,064        | \$ 3,752        | \$ 1,876 |
| For each additional family member, add: | \$ 9,953  | \$ 830   | \$ 415          | \$ 383          | \$ 192   |

**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 apply at that time.

### How to Apply:

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 **Moorpark 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.

- 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.
- 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.

**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 **805-378-6300 Ext.1420**

**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: **Lynn David 5297 Maureen Lane Moorpark, CA 93021**

**ELIGIBILITY CARRYOVER:** Your child’s eligibility status from the previous school year (if applicable) 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 reminders 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, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA’s TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant’s name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted 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: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

- Enter the total household size (children and adults). This number MUST equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.
- 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.

**SUBMIT:** Please submit a complete application to your child’s school or the nutrition office at **5297 Maureen Lane Moorpark, CA 93021**. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

**QUESTIONS/NEED ASSISTANCE:** Please contact **Child Nutrition Services at 805-378-6300 ext.1420 Orlando Orozco- Director of Child Nutrition Moorpark Unified School District**

**School Year 2024-25 Moorpark Unified School District Application for Free and Reduced-Price Meals** Complete one application per household.

Please read the instructions on how to apply. Print clearly with a pen. **You may also apply online at [www.mrpk.org](http://www.mrpk.org).** 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<br>(First, Middle Initial, Last) | Enter school name and<br>grade level |            | Enter student's birthdate  | Check the applicable box if the student is<br>foster, homeless, migrant, or runaway. |                          |                          |                          |
|---|--------------------------------------|------------|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>EXAMPLE: Joseph P Adams</b>                                  | <b>EXAMPLE: Lincoln Elementary</b>   | <b>1st</b> | <b>EXAMPLE: 12-15-2010</b> | Foster   | Homeless                 | Migrant                  | Runaway                  |
|   |                                      |            |                            | <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 Cal Fresh, CalWORKs or FDIPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| If <b>YES</b> , check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4. | <b>Select Program Type:</b>   | <b>Enter Case Number:</b> |
|   | <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<br>(First and Last) | Earnings from Work | How Often | Public Assistance/SSI/<br>Child Support/Alimony | How Often | Pensions/Retirement/<br>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?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size

Eligibility Status:  Free  Reduced-price  Paid (Denied)

Verified as:  Homeless  Migrant  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):**

Hispanic or Latino                       Not Hispanic or Latino

**Race (check one or more):**

American Indian or Alaskan Native     Asian     Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander     White

## SY 2024-25 Carta a los hogares para comidas gratis y a precio reducido (Comidas universales de California)

Estimado padre o Guardianes:

El **Distrito Escolar Unificado de Moorpark** participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o Programa de Desayuno Escolar. El **Distrito Escolar Unificado de Moorpark**, todos los estudiantes recibirán comidas nutritivas sin cargo todos los días escolares. Los programas de comidas en los que participamos están respaldados por reembolsos federales y estatales que se basan en los ingresos y la elegibilidad del hogar. Aunque las comidas son gratuitas, se anima a las familias a presentar una solicitud de comida. La información recopilada en la solicitud de comidas garantiza que nuestras escuelas reciban los fondos adecuados y puedan ofrecerle a su familia beneficios adicionales, como tarifas con descuento. Su cooperación es muy apreciada. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para comidas gratis. Si hay más miembros en el hogar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

### CARTA PARA LOS HOGARES SOBRE LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

**REQUISITOS:** Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

**SOLICITUD DE LA ASISTENCIA:** No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no reúne los requisitos en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere llenar una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, llene una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

**NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al 805-378-6300 Ext.1420 para obtener ayuda.

**NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

**AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a Lynn David: 5297 Maureen Lane Moorpark, CA 93021

**PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE:** La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad previa de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en:

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR\\_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o la carta AD-3027 completos deben enviarse 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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

| INSOS QUE SE REPORTAN   |   |
|---|---|
| Ganancias de trabajo antes de las deducciones; incluir todos los trabajos | Ingresos en Bruto/cualquier salario/propinas, huelga beneficios, compensación por desempleo, compensación y beneficios netos de negocio propio o granja   |
| Pensiones Jubilación Seguro social  | Pensiones, ingreso suplementario de seguro, los pagos de jubilación, ingresos del Seguro Social (SSI) (incluyendo si recibe SSI para un niño)   |
| Bienestar, ayuda para los niños, pensión alimenticia                      | Los pagos de asistencia pública, pagos de bienestar, pensión alimenticia y pagos de ayuda para los niños  |
| Cualquier otro ingreso  | Beneficios por incapacidad; efectivo retirado de ahorros; intereses y dividendos; ingreso de contribuciones regulares estates, fideicomisos e inversiones, de las personas que no viven en el hogar, regalías netas y rentas vitalicias, rentas netas, cualquier ingreso temporal |

## CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

**PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a Moorpark Unified School District. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo cuidado adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- A) Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.
- B) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.
- C) Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.
- D) Anote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO** – La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, su información de contacto y la fecha de hoy.

**OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR u otro identificador de FDIPIR 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 reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

**SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Póngase en contacto con Child Nutrición Servicios al (805) 378-6300 Ext. 1420

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en 5297 Maureen Lane Moorpark, CA 93021 Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,

Orlando Orozco  
Director of Child Nutrición Servicios

**Año escolar 2024-25 Moorpark Unified School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido**

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. **También puede hacer su solicitud en línea en [www.mrpk.org](http://www.mrpk.org)** Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Sección 49557(a) del Código de Educación de California:** Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

**PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

| Anote el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b><br>(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) | Anote el nombre de la escuela y el grado escolar |                      | Anote la fecha de nacimiento del estudiante | Marque la casilla pertinente si el estudiante está <b>bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.</b> |                          |                          |                          |
|--|--|----------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |  |                      |   | Bajo cuidado adoptivo temporal  | Sin hogar                | Migrante                 | Fugado del hogar         |
| <b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>   | <b>EJEMPLO: Lincoln Elementary</b>               | <b>1<sup>o</sup></b> | <b>EJEMPLO: 12-15-2010</b>                  | <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 FDPIR** ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR? Si contestó **NO**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Si contestó <b>SÍ</b> , marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4.<br><input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR | Anote el número de caso: |
|--|--------------------------|

**PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó ‘SÍ’ en el PASO 2)**

|   |                                     |  |  |  |            |
|---|-------------------------------------|--|--|--|------------|
| <b>A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:</b> En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1.<br>Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual | Ingresos totales de los estudiantes |  |  |  | Frecuencia |
|   | \$                                  |  |  |  |            |

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote “0”. Si anota “0” o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

| Anote el nombre de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> miembros del hogar<br>(Apellido y nombre) | Ingresos del trabajo |  |  |  | Frecuencia | Asistencia pública/SSI/<br>manutención de menores/pensión<br>alimenticia |  |  |  | Frecuencia | Pensiones/retiro/jubilación<br>otros ingresos |  |  |  | Frecuencia |
|---|----------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--|------------|---|--|--|--|------------|
|   | \$                   |  |  |  |            | \$   |  |  |  |            | \$  |  |  |  |            |
|   | \$                   |  |  |  |            | \$   |  |  |  |            | \$  |  |  |  |            |
|   | \$                   |  |  |  |            | \$   |  |  |  |            | \$  |  |  |  |            |
|   | \$                   |  |  |  |            | \$   |  |  |  |            | \$  |  |  |  |            |
|   | \$                   |  |  |  |            | \$   |  |  |  |            | \$  |  |  |  |            |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <b>C. Total de miembros del hogar</b><br>(Niños y adultos) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <b>D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar</b> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <b>Marque la casilla si NO tiene SSN</b> <input type="checkbox"/> |
|--|---|---|---|---|

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO**

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

|  |                           |        |
|--|---------------------------|--------|
| Firma del adulto que llenó esta solicitud: | Nombre en letra de molde: | Fecha: |
| Dirección:                                 |                           |        |
| Correo electrónico:                        | Teléfono:                 |        |

**OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS**

*Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.*

|                                    |  |  |  |   |                                 |
|------------------------------------|--|--|--|---|---------------------------------|
| <b>Origen étnico (marque uno):</b> | <input type="checkbox"/> Hispano o latino                      | <input type="checkbox"/> No hispano o latino |  |   |                                 |
| <b>Raza (marque una o más):</b>    | <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático            | <input type="checkbox"/> Negro o afro estadounidense | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco |

| <b>DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)</b>   |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| 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<br>Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12  | Total Household Income<br>\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> |   |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Total Household Size<br/><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 5px;">Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway</td> </tr> </table> | Total Household Size<br><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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 | <input type="checkbox"/> Categorical<br><br><input type="checkbox"/> Error Prone |
| Total Household Size<br><input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" 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   |   |  |  |  |
| <b>Determining Official's Signature:</b>   | <b>Date:</b>   |   |  |  |  |
| <b>Confirming Official's Signature:</b>  | <b>Date:</b>   |   |  |  |  |
| <b>Verifying Official's Signature:</b>   | <b>Date:</b>   |   |  |  |  |