



GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Child Nutrition Department

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020
Tel. 669-205-4000
www.gilroyunified.org

SUPERINTENDENT

Anisha Munshi Ed.D.

BOARD OF EDUCATION

Melissa Aguirre ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good ♦ Gabriela Kim
Michelle Nelson ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

Important Information regarding the 2024-2025 Meal Application!

Gilroy Unified School District receives funding based on students that qualify for Free/Reduced meal program applications.

Since the 2024-2025 school year meal program is serving meals at no cost to Gilroy Unified School District families, it is important that you complete the attached Alternative Household Income application form before **October 2nd, 2024.**

Based on Free/Reduced eligibility, this funding supports:

- Title I funds – Counseling, Intervention, and Reading/Math support.
- Title II funds – Professional Development for all staff.
- Title III funds – Support for English learners.
- Supplemental Funds – Intervention, Teacher Aides, Counseling Services, Psychologist Services, Community Liaisons, Software Licenses for students, Teacher Instructional Support, and Instructional materials.

Online Alternative Household Income applications can be found at: <https://linqconnect.com/>

Thank you for completing an application and for your participation in this important funding initiative!

Gilroy Unified School District



GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Child Nutrition Department

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020
Tel. 669-205-4000
www.gilroyunified.org

SUPERINTENDENTE

Anisha Munshi Ed.D.

JUNTA DE EDUCACIÓN

Melissa Aguirre ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good ♦ Gabriela Kim
Michelle Nelson ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

Información Importante sobre la Solicitud de Comida 2024-2025!

El Distrito Escolar Unificado de Gilroy recibe fondos basado en los estudiantes que califican para las solicitudes del programa de comidas Gratuitas/Reducidas.

Dado que el programa de comidas del año escolar 2024-2025 está sirviendo comidas sin costo alguno a las familias del Distrito Escolar Unificado de Gilroy, es importante que complete el formulario adjunto de solicitud de Ingreso Familiar Alternativo antes del **2 de Octubre de 2024**.

Basado en la elegibilidad Gratuita/Reducida, estos fondos apoyan:

- Fondos del Título I – Consejería, Intervención y apoyo de Lectura/Matemáticas.
- Fondos del Título II – Desarrollo Profesional para todo el personal escolar.
- Fondos del Título III – Apoyo para los estudiantes de inglés.
- Fondos Complementarios – Intervención, ayudantes del maestro, servicios de consejería, servicios de psicología, enlaces comunitarios, Licencias de Software para los estudiantes, Apoyo de instrucción para los maestros y materiales de instrucción.

Las solicitudes en línea del Ingreso Familiar Alternativo pueden encontrarse en: <https://linqconnect.com/>

Gracias por completar la solicitud y por su participación en esta importante iniciativa de fondos.

Distrito Escolar Unificado de Gilroy

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 will receive a FREE breakfast and lunch every day, at no cost. **Although meals are FREE, PLEASE COMPLETE one (1) application per household by October 2nd, 2024 to help with district funding.** 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/>.

LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

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, 2024–June 30, 2025					
Income Eligibility Guidelines					
July 1, 2024–June 30, 2025					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 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:					
	\$ 9,553	\$ 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 submit an application at that time.

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. Anisha Munshi, 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, audiotape, 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 (1) 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 2024-2025 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) EXAMPLE: Joseph P Adams	Enter school name and grade level		Enter student's birthdate	Check the applicable box if the student is foster, homeless, migrant, or runaway.			
	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: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Enter Case Number:
---	---	--------------------

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:	

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) <input type="text"/>	D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member <input type="text"/>	Check the box if NO SSN <input type="checkbox"/>
--	--	---

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	Total Household Income		
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$		
Total Household Size <input type="text"/>	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)	<input type="checkbox"/> Categorical	
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Error Prone	
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

Estimado Padre o Tutor:

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 2 de octubre de 2024 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 2024 al 30 de junio de 2025

**Pautas de elegibilidad de ingresos
1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025**

Tamaño del hogar	Año	Mes	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semana
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 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
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 9,553	\$ 830	\$ 415	\$ 383	\$ 192

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.

CERTIFICACIÓN DIRECTA: No se requiere una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación que indica que todos los niños están automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, por favor complete una solicitud.

VERIFICACIÓN: Los funcionarios escolares pueden verificar la información de la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Es posible que se le solicite que envíe información para validar sus ingresos o la elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

PARTICIPANTES DE WIC: Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido completando una solicitud.

SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGITIVOS Y HEAD START: Los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos, y los niños que participan en el programa Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis. Comuníquese con los funcionarios de la escuela para obtener ayuda al (669) 205-4041.

NIÑO DE CRIANZA: La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado de crianza o corte para calificar para comidas gratis. Un niño de crianza puede ser incluido como miembro del hogar si la familia de crianza opta por presentar una solicitud para sus hijos que no son de crianza en la misma solicitud y debe informar cualquier ingreso personal obtenido por el niño de crianza. Si los niños que no son de crianza no son elegibles, esto no impide que un niño de crianza reciba comidas gratis.

AUDIENCIA JUSTA: Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el funcionario de audiencias. También tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede solicitar llamando o escribiendo a la siguiente dirección: Dr. Anisha Munshi, 7810 Arroyo Circle, Gilroy, CA 95020, (669) 205-4091.

TRANSFERENCIA DE ELEGIBILIDAD: El estado de elegibilidad de su hijo del año escolar anterior continuará en el nuevo año escolar hasta por 30 días hábiles o hasta que se tome una nueva determinación. Cuando finalice el periodo de transferencia, a su hijo se le cobrará el precio total de las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratuitas o de precio reducido.

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 basado 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, 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.

¿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, omite 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 periodo 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 figuran en el PASO 1, incluido usted mismo. Informe el ingreso BRUTO total de cada fuente e ingrese el periodo 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: IDENTIDADES ÉTNICAS 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 aprobar 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 Landeros 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.

Ciclo Escolar 2024-2025 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.			
				Hogar temporal	Sin hogar	Migrante	Se ha fugado de su casa
EJEMPLO: Joseph P Adams	Escuela Primaria Lincoln	1º	12-15-2010	<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.

Seleccione el tipo de programa:
 CalFresh CalWORKs FDIPIR

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