

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

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

[illegible]

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

A. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR Añote a todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluya a los bebés 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 (prometiéndolo) 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 25 M 2M	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M
	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M
	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M
	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M
	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 2M	\$	S 25 M 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.

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 gratuitos 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	X	SIGNATURE REQUIRED
Fecha de hoy						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 número, ingrese una letra en cada casilla. Si hay más 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 algún 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 Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids - CalWORKs), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDIPIR), o si alguien en su hogar participa en los programas de asistencia listados, sus hijos son elegibles para comidas escolares gratuitas. Ingrese su número de caso actual.

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS, ILEGIBLES O 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. Ingrese para uso personal es (1) dinero entregado por la oficina de bienestar social identificado 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 completo 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 año escolar. Es posible que se le solicite enviar información para probar sus ingresos, o elegibilidad actual para CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP o FDIPIR.

CERTIFICACION DIRECTA: Esta escuela participa en Certificación directa. Si su hogar recibe CalFresh o si su(s) hijo(s) recibe(n) CalWORKs, beneficios de FDIPIR, 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 está 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: Usted puede solicitar los beneficios en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero sus ingresos disminuyen, pierde su empleo, aumenta su familia, o se vuelve elegible para CalFresh, CalWORKs, o beneficios de FDIPIR, podrá completar una solicitud en ese momento.

CONFIDENCIALIDAD: La información sobre el tamaño de su familia, ingresos del hogar, y número de Seguro Social será confidencial y no se compartirá para ningún fin. La información que usted suministre determinará 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 completo 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 está presentando una solicitud en base a los ingresos, es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social si la solicitud es para un hijo de crianza ingrese su número de caso de CalFresh, CalWORKs, FDIPIR o Kin-GAP u otro identificador de FDIPIR para su hijo, o cuando se indica que el adulto del hogar que firma la solicitud no cuenta con número de Seguro Social. Utilizaremos su información sobre tamaño de su 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 FDIPIR son categóricamente elegibles para leche o comidas gratuitas. El FDIPIR está autorizado por el Artículo 4(b) de la Ley de Estampillas de Alimentos de 1977. Según este artículo, los hogares elegibles pueden decidir participar en el Programa de Estampillas de alimentos o en el FDIPIR. Debido a que los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los programas, se ha determinado que los hogares de FDIPIR tienen derecho a recibir los mismos beneficios categóricos que los hogares que reciben Estampillas de alimentos.

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

A) Liste los nombres e ingresos (incluyendo la frecuencia) 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 está 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 tamaño total del hogar. Este número DEBE ser igual al número de miembros del hogar listados en el PASO 1 y PASO 3.

Suministre los últimos cuatro dígitos de su Número 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.

AUDIENCIA JUSTA: Si usted no está de acuerdo con la decisión sobre su solicitud o con el resultado de la verificación, podrá analizarlo con la cafetería. También tiene derecho a una audiencia justa. Una audiencia justa podrá 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 devuélvala a la escuela.

La cafetería le enviara una notificación por correo o correo electrónico cuando su solicitud haya sido aceptada y procesada.

INGRESOS QUE DEBEN REPORTARSE

Ganancias de trabajos	Sueldos, salarios, bonificaciones en efectivo, ingresos netos de trabajos autónomos (agropecuarios o comerciales), beneficios
Asistencia pública l pensión alimenticia l manutención de menores	Beneficios por desempleo, compensación por accidente de trabajo, seguridad de ingreso suplementario (SSI), asistencia en efectivo del estado o gobierno local, pagos de pensión alimenticia, pagos de manutención de menores, beneficios para veteranos
Pensiones/Jubilación Todo otro ingreso	Seguridad Social (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios por pulmón negro), pensiones privadas o discapacidad, ingresos por fideicomisos o propiedades, anualidades, ingresos de inversión, 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 2026 al 30 de Junio de 2027

Miembros del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 29,526	\$ 2,461	\$ 1,231	\$ 1,136	\$ 568
2	\$ 40,034	\$ 3,337	\$ 1,669	\$ 1,540	\$ 770
3	\$ 50,542	\$ 4,212	\$ 2,106	\$ 1,944	\$ 972
4	\$ 61,050	\$ 5,088	\$ 2,544	\$ 2,349	\$ 1,175
5	\$ 71,558	\$ 5,964	\$ 2,982	\$ 2,753	\$ 1,377
6	\$ 82,066	\$ 6,839		\$ 3,157	\$ 1,579
7	\$ 92,574	\$ 7,715	\$ 3,858	\$ 3,561	\$ 1,781
8	\$ 103,082	\$ 8,591	\$ 4,296		\$ 1,983
Por CADA miembro adicional en el hogar, agregue:	\$ 10,508	\$ 876	\$ 438	\$ 405	\$ 203

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocintas, Lengua de Señas Americana), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa, la persona afectada debe completar el Formulario AD-3027 del USDA (Formulario de Queja por Discriminación en Programas del USDA), el cual puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. También puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, así como una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria 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 AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA por uno de los siguientes medios: Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410, Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442 Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Importante: No envíe solicitudes de beneficios a esta dirección. Esta dirección es únicamente para recibir quejas por discriminación.

