

Año escolar 2026–27 Cabrillo 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.myschoolapps.com

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 CADA ESTUDIANTE (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 bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1 ^o	12-15-2010	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

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 SÍ , marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4. ☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ 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)

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: 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. 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 TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo				Frecuencia	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia				Frecuencia	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos				Frecuencia		
	\$					\$					\$						
	\$					\$					\$						
	\$					\$					\$						
	\$					\$					\$						
C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos)						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										Marque la casilla si NO tiene SSN ☐	

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.

Origen étnico (marque uno):	☐ Hispano o latino	☐ No hispano o latino			
Raza (marque una o más):	☐ Indígena americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroestadounidense	☐ Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico	☐ Blanco

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)	
How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly	Total Household Income
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$
Total Household Size	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)
	☐ Categorical
	Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway
	☐ Error Prone
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos de presentación de quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense [ASL, por sus siglas en inglés], etc.) deben comunicarse con la agencia responsable 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. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la página web Cómo presentar una queja por discriminación en el programa en <https://www.usda.gov/es/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/como-presentar-una-queja-por-discriminacion-en-el-programa> y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione 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 o carta completa al USDA por:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.