

Estimado padre, madre o tutor:

EL DISTRITO ESCOLAR DE BRIGGS participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por **\$3.05** y los desayunos por **\$2.10**. Los estudiantes pueden comprar leche por **\$0.35**. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis o al precio reducido de **\$0.40** por el almuerzo y **\$0.30** por el desayuno. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de raciones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

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.

A partir de 1 de julio de 2020 y hasta el 30 de junio de 2021

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 23,006	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570

For each additional family member, add:

\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160
----------	--------	--------	--------	--------

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), Programas de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPRI)) puede presentar una solicitud en ese momento.

CERTIFICACION 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.

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: INFORMACION DE LOS ESTUDIANTES – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten al Distrito Escolar Briggs. 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 ALGUN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPRI, 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, sítese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

PASO 3: DECLARAR 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. Añote "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 añote 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 añote la frecuencia correspondiente.
 - C) Añote 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) Añote 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: INFORMACION 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.
- DECLARACION DE INFORMACION:** 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 podremos 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 FDPRI, u otro identificador de FDPRI 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:** Por favor llame al (805) 525-7540.
- PRESENTACION DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,
Deborah Cuevas
Superintendente, Distrito Escolar Briggs

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

VERIFICACION: 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 FDPRI.

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 escolar al (805) 525-7540 para obtener ayuda.

NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPATIVO TEMPORAL: La responsabilidad legal debe ser a raves de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal también puede recibir 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 sí 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: Deborah Cuevas, 12465 Football Road, Santa Paula, CA 93060, (805) 525-7540.

PRORROGA DE LA CONDICION 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 periodo 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.

DECLARACION DE NO DISCRIMINACION: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (U.S. Department of Agriculture USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentran en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_file_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: 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; o (3) correo electrónico por: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Año escolar 2020–21 Distrito Escolar de Briggs 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. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. **que participen en el Programa Nacional de Almuerzos escolares federal no se les identifica abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.**

PASO 1 – INFORMACION 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.

Anotar el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del Segundo nombre, apellido)	Anotar el nombre de la escuela y el grado escolar	Anotar la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante este Bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar, o es migrante o fugado del hogar			
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	10	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
			<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

¿ALGUN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si contesto NO, sátese el PASO 2 y baja al PASO 3.

Si contesto SI, marque la casilla del programa pertinente, Marque la casilla del programa pertinente: CalFresh CalWORKs FDIPIR Anotar el número de caso: _____

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBRO DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó 'SI' en el PASO 2)

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anotar los ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. Anotar el periodo de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos del hogar (incluido usted): Anotar a TODOS los miembros del hogar que no anote 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 anoto "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.	Frecuencia	Ingresos totales de los estudiantes	Frecuencia
		\$	

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anotar a TODOS los miembros del hogar que no anote 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 anoto "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Anotar el periodo de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Anotar 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					

C. Total de miembros del hogar (Niños Y adultos)

D. Anotar 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 – INFORMACION 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 lleno esta solicitud: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

NO COMPLETE. PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

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="checkbox"/> Categorical
Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)	<input type="checkbox"/> Error Prone
Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

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 mas):**
- Indígena Americano o nativo de Alaska Asiático
- Negro o afro estadounidense Blanco
- Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico