# Año escolar 2023-24 Da Vinci Schools 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.

**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** | **1º** | **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<br>Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 | | Total Household Income<br>$ |
| 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 las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o
(2) fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.