

Carta a los hogares para comidas gratis y de precio reducido

Estimado padre o guardian:

El Distrito Escolar Mark West Union participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares al ofrecer comidas nutritivas todos los días escolares. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo por \$ 4.00. Los estudiantes elegibles pueden recibir comidas sin cargo o a un precio reducido de \$ 0.40 para el almuerzo. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido. Si hay más miembros del hogar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Para obtener un método simple y seguro de aplicar, use nuestra solicitud en línea en <https://mwusd.org/parent-resources/lunch-menu-school-lunch-program/>.

Calificación

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o de precio reducido si los ingresos de su hogar caen en o debajo de las Pautas federales de elegibilidad de ingresos a continuación.

Personas En Hogar	Annual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$23,606	\$1,9687	\$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
Para cada miembro adicional de la familia, agregue	\$8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

Solicitud de beneficios

No se puede revisar una solicitud de comidas gratuitas o de precio reducido a menos que se completen todos los campos obligatorios. Un hogar puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Si no es elegible ahora, pero el ingreso de su hogar disminuye, el tamaño del hogar aumenta o un miembro del hogar se vuelve elegible para CalFresh, California Oportunidad de trabajo y responsabilidad con los niños (CalWORKs), o beneficios del Programa de distribución de alimentos en reservas indias (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 son certificados automáticamente para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, complete una solicitud.

Verificación:

Los funcionarios escolares pueden verificar la información en 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 mujeres, bebés y niños (WIC)

Los hogares que reciben el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para los beneficios de WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido al completar una solicitud.

Personas 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 escolares para obtener ayuda en la oficina de su escuela.

Hijo adoptivo

La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de acogida o un tribunal para calificar para recibir comidas gratis. Un niño adoptivo puede ser incluido como miembro del hogar si la familia adoptiva elige solicitar a sus hijos no adoptivos en la misma solicitud y debe informar cualquier ingreso personal obtenido por el hijo adoptivo. Si los niños no adoptivos no son elegibles, esto no impide que un niño adoptivo 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: Rachel Valenzuela, 305 Mark West Springs Road, Santa Rosa, CA 95404, (707) 524-2970.

Traspaso de elegibilidad

El estado de elegibilidad de su hijo del año escolar anterior continuará en el nuevo año escolar hasta por 30 días operativos o hasta que se tome una nueva determinación. Cuando finaliza el período de transferencia, a su hijo se le cobrará el precio total de las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación para las comidas gratuitas o de precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar un recordatorio o avisos de elegibilidad vencidos.

Declaración de no discriminación

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al 800-877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigido 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 Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: 202-690-7442; o (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Cómo solicitar comidas gratis o a precio reducido

Complete una solicitud por hogar. Imprima claramente con un bolígrafo. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento.

1. **Información del estudiante:** incluya a **todos los estudiantes** que asisten al distrito escolar de Mark West Union. Escriba su nombre (nombre, inicial del

segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado y fecha de nacimiento. Si algún estudiante que figura en la lista es un niño adoptivo, marque la casilla **Foster**. Si solo está solicitando un niño de crianza, complete el PASO 1 y luego continúe con el PASO 4. Si algún estudiante en la lista puede ser sin hogar, migrante o fugitivo, marque la casilla de **Sin hogar, Migrante o Fugitivo** correspondiente y complete todos los **PASOS** de la solicitud.

2. **Programas de asistencia:** si **algún** miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, 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, omita el PASO 2 y continúe con el PASO 3.
3. **Informe los 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.

Informe el ingreso **bruto** combinado de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 e ingrese el período de pago correspondiente. Incluya los ingresos de un niño de crianza si solicita hijos de crianza y no de crianza en la misma solicitud.

Escriba en letra de imprenta 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 período de pago correspondiente.

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.

Ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla **NO SSN**.

4. **Información de contacto y firma de un adulto** - la solicitud debe estar firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba en letra de imprenta 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 oa precio reducido. 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 de la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas oa precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del SSN del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del SSN no son necesarios cuando enumera un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un SSN seleccionando la casilla de verificación . Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o de precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo.

Preguntas o asistencia

Por favor contactar:

Escuela Mark West - Christine Cucina - (707) 524-2990

Escuela San Miguel - Wendy Costa - (707) 524-2960

Escuela John B. Riebli - (707) 524-2980

Escuela Mark West Charter - (707) 524-2741

Enviar

Por favor envíe una solicitud completa a la escuela de su hijo. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para comidas gratis o a precio reducido.

Sinceramente,

Distrito Escolar Mark West Union

Año escolar 2020-21 Distrito Escolar Mark West Union 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 <https://mwusd.org/parent-resources/lunch-menu-school-lunch-program/>. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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.			
				Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1^o	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

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR?

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. <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	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 (prometiéndolo) 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) <input type="text"/> <input type="text"/>	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Marque la casilla si NO tiene SSN <input type="checkbox"/>
--	--	---

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): <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino
Raza (marque una o más): <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (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 Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	Total Household Income \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Total Household Size <input type="text"/> <input type="text"/> <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: