

Distrito Escolar de Grass Valley

GVSD Aplicación para Comidas Escolares Gratis o Precio Reducido o Leche Gratis para el Año Escolar 2018-2019

Por favor llene la aplicación que se encuentra en el reverso de esta página, fírmela y regrésela a la escuela de su hijo/a. Para instrucciones adicionales refiérase a la *Carta para los Hogares* que se encuentra junto con esta forma. Esta aplicación no podrá ser procesada sin la siguiente información:

- El nombre completo del/los niño/s por los cuales esta aplicando para el beneficio de comidas gratis o precio reducido.
- Los nombres y las entradas de todos los miembros del hogar
- La firma del padre de familia/tutor legal de los niños por los que se está aplicando.
- Los cuatro dígitos del seguro social de la persona que está aplicando. Si la persona que llena esta aplicación no tiene un número de seguro social marque "NO" en el espacio correspondiente.

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR: LEER ESTA SECCION

La sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las aplicaciones para las comidas escolares gratis o precio reducido pueden ser presentadas en cualquier momento del año escolar. Los niños que participan en el programa Nacional de Almuerzos escolares no se distinguirán con el uso de boletos, ticketes, líneas especiales o entradas separadas, lugares separados para comer o de cualquier otra manera.

El enunciado de acto de privacidad : El Acta Nacional de Almuerzos escolares (Sección 9) requiere que al menos que su hijo/a participe de los programas CalFresh, Oportunidades de Trabajo de California (CalWORKs), o Programa de distribución de Alimentos a Reserva Indígena (FDPIR) y usted provea el número de caso, usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del seguro social del adulto que está firmando esta aplicación o indique que no tiene número de seguro social. La provisión para dar los últimos cuatro dígitos del seguro social no es mandatorio, pero la aplicación no será procesada si el número de seguro social no se provee o se marca la casilla indicando que no tiene uno. El número de seguro social se podrá usar para identificar el miembro de la familia, a manera de verificar que la información provista en la aplicación es correcta. Los esfuerzos de verificación pueden ser por medio de entrevistas auditorías e investigaciones que pueden incluir el contactar a los empleadores para determinar los ingresos, contactando al Departamento Estatal del Desarrollo de Empleos o a las oficina locales de welfare para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisando la documentación producida por el miembro del hogar para comprobar las entradas que reciben. El reportar información incorrectamente puede resultar en la pérdida o reducción de los beneficios del programa o en la administración de los reclamos y/o acciones legales contra los miembros del hogar.

De acuerdo con la ley Federal de los derechos civiles y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) regulaciones civiles y pólizas el USDA, sus agencias, oficiales y empleados y las instituciones participantes o administrando programas USDA están prohibidas en la discriminación basado en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, o represalia contra la actividad de derechos civiles en cualquier programa o actividad conducida y patrocinada por USDA.

Personas con discapacidades que requieran una manera alternativa de comunicación para información de este programa,(ejemplo: Braile, letra grande, cinta de audio, lenguaje de seña americano etc.) deben comunicarse con el Servicio Federal de Reproducción al [\(800\) 877-8339](tel:8008778339).

Información adicional del programa puede estar disponible en español llamando al 800-845-6136.

Si usted desea presentar una queja del programa por discriminación a los Derechos Civiles, usted puede completar el Formulario de Queja al programa USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, EE.UU. por fax 202-690-7442 o por correo electrónico al programa. intake@usda.gov. Esta es una institución que provee oportunidades iguales para todos.

GVSD Aplicación para Comidas Escolares Gratis o Precio Reducido o Leche Gratis para el Año 2018-2019

SECCIÓN A: Información del Estudiante: Todos lo hogares por llenar información para TODOS los niños en el hogar

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE Escriba todos los nombres de los niños en el hogar			BENEFICIOS CalFresh, CalWORKs, or FDPIR		¿ESTE ES UN NIÑO FOSTER/DE CUIDADO DE CRIANZA?		FOR SCHOOL USE ONLY
Apellido	Primer Nombre	Escuela Actual (escriba N/A si no esta en la escuela)	Escriba "Sí" o "No"	Si es "Sí," Escriba el número de caso CalFresh, CalWORKs, or FDPIR	Marque "X" si es un niño de crianza/Foster	Si es "Sí," cantidad mensual que recibe	Student ID Number

Un niño cuidado de crianza (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos. La Elegibilidad no se extiende para niños que no son de cuidado de crianza (foster.) **Si el niño que aplica esta sin hogar (H) , migrante (M) o esta fugado (R), contacte a la escuela y circule la letra apropiada H M R**

Sección B: Ingresos: Si están presentando una aplicación con número de beneficios de CalFresh/CalWORK para cada niño o un miembro adulto, **llene la sección C**

Anote todos los miembros del hogar aunque no tengan ingresos. Indique la cantidad mensual y fuente de ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si la cantidad del mes pasado es mayor o menor que lo habitual, ponga la cantidad mensual regular. También escriba cualquier ingreso recibido por/o el niño de un trabajo de medio o tiempo completo, o por el SSI de niño o pagos de ayuda de adopción. Si usted no recibe ninguna entrada de esta índole escriba "0" o deje los espacios en blanco. Usted está certificando (comprometiéndose) que no hay ingresos que reportar.

Nombre Completo (Escriban todos los adultos)	Entrada Bruta (antes de las deducciones) incluya todos los trabajos	Pensión, Jubilación Seguro Social	Beneficios Welfare, Pensión alimenticia, Apoyo para el Niño	Cualquier otra Entrada	FOR SCHOOL USE ONLY Total Monthly Income

Sección C: Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUE LLENO ESTA APLICACION	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA
IMPRIMA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR QUE LLENO ESTA APLICACION	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL SOLO LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS XXX-XX- _____	TIENE SSN MARQUE S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	CODIGO POSTAL

Sección D: Grupo Étnico y Raza de/del niño/s (opcional)

1) Marque uno o más identidad racial abajo: 2) Marque grupo étnico de identidad abajo:

<input type="checkbox"/> Indio Americano Nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> De origen Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No de origen Hispano o Latino
---	--	-----------------------------------	--	---------------------------------	--	---

FOR SCHOOL USE ONLY-ELEGIBILITY DETERMINATION					
Year Rd Track: N/A	Household Size:	Household Income:	Determining Official:	Date:	
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free Due To CalFresh, CalWORKs, or FDPIR Benefits	Direct Certified as: H M R			2 nd Review:	
Notes:				EP <input type="checkbox"/>	
Verification Official:		Date:		Follow-up:	