



Estimados Padres o Tutores:

Nuestro Distrito participa en el Programa Nacional de Almuerzos y Desayunos Escolares y la Opción de Continuidad del Verano al ofrecer comidas nutritivas todos los días escolares. Debido a la pandemia de Covid-19, las comidas se proporcionan sin costo alguno sin completar esta solicitud hasta el final del curso escolar. **Se recomienda que completen este formulario, ya que le brinda beneficios adicionales a ustedes y al distrito, como subvenciones, fondos para programas, exenciones deportivas, descuentos en la tarifa de exámenes (AP) y descuentos en Internet, entre otros.** Ustedes o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para 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 ayuda adicional, llame al 408 347 5191.

**CARTA AL HOGAR PARA COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO**

**PARA CALIFICAR:** Sus hijos pueden calificar para comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a las Guías de Elegibilidad de ingresos federales que se indican a continuación.

**Guías de Elegibilidad de Ingresos**

Del 1<sup>o</sup> de julio de 2021 al 30 de junio de 2022

# de Personas en el Hogar	A1 Año	A1 Mes	2 Veces por Mes	Cada 2 Semanas	A la Semana
1	\$ 23,828	\$ 1,986	\$ 993	\$ 917	\$ 459
2	32,227	2,686	1,343	1,240	620
3	40,626	3,386	1,693	1,563	782
4	49,025	4,086	2,043	1,886	943
5	57,424	4,786	2,393	2,209	1,105
6	65,823	5,486	2,743	2,532	1,266
7	74,222	6,186	3,093	2,855	1,428
8	82,621	6,886	3,443	3,178	1,589
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 8,399	\$ 700	\$ 350	\$ 324	\$ 162

**SOLICITAR BENEFICIOS:** No se puede revisar una solicitud para comidas gratis o de precio reducido a menos que se completen todas las áreas obligatorias. Un hogar puede presentar una solicitud en cualquier momento durante el curso. Si no es elegible ahora, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el # de personas en el hogar aumenta o un miembro del hogar se vuelve elegible para el Programa CalFresh, "CalWORKs" o Programa de distribución de alimentos en reservaciones indígenas (FDPIR), puede enviar 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 están certificados

automáticamente para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, complete una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares pueden verificar la información de la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir que envíe información para validar sus ingresos o su elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido al completar una solicitud.

**SIN HOGAR, MIGRANTE, FUGITIVO 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 Servicios de Nutrición Infantil al 408 347 5191.

**NIÑOS ADOPTIVO:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado de crianza o un tribunal para calificar para comidas gratis. Se puede incluir a un niño como miembro del hogar si la familia de crianza opta por solicitar sus hijos que no son de crianza en la misma solicitud y debe informar cualquier ingreso personal obtenido por el niño de crianza. Si los niños que no son de crianza temporal no son elegibles, esto no impide que un niño de crianza reciba comidas gratis.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si no está de acuerdo con la decisión con respecto a la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el funcionario de la audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede solicitar llamando o escribiendo a: Superintendente Asociado de Negocios, ESUHS, 830 N. Capitol Ave., San José, CA 95133—408 347 5051.

**TRANSFERENCIA DE ELEGIBILIDAD:** El estado de elegibilidad de su hijo del curso escolar anterior continuará en el nuevo curso escolar por hasta 30 días hábiles o hasta que se tome una nueva determinación. Cuando finalice el período de transferencia, se le cobrará a su hijo el precio total de las comidas, a menos que el hogar complete una solicitud del año en curso y reciba una carta de notificación para las comidas gratuitas o de precio reducido.

Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de elegibilidad vencidos.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganzas por una actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, 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 en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, 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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y ponga en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por: (1) Correo a: 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. E-mail a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

**Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.**

**CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO – Complete una solicitud por hogar. Imprima claramente con un bolígrafo. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento.**

**PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE –** Incluya a **TODOS LOS ESTUDIANTES** que asisten a ESUHS y TODOS sus hermanos. Escriba su nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela y nivel de grado. Si alguno de los estudiantes en la lista es un niño de crianza, 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 correspondiente "Sin hogar, migrante o fugitivo" y complete todos los PASOS de la aplicación.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA –** Si CUALQUIER miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, entonces 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.

**PASO 3: REPORTE 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.

- A.** Informe el ingreso BRUTO combinado de todos los estudiantes en el PASO 1 e ingrese el período de pago correspondiente. Incluya los ingresos de un niño de crianza si está solicitando hijos de crianza y no de crianza en la misma solicitud.
- B.** Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no estén en el PASO 1, incluido usted mismo. Informe el ingreso BRUTO total de cada fuente e ingrese el período de pago correspondiente.
- C.** 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".

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO –** La solicitud **debe estar firmada** por un miembro adulto del hogar. La persona que firma la solicitud debe aparecer en el Paso 3. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, incluya la información de contacto y la fecha de hoy. Es MUY útil si incluye su dirección de correo electrónico.

**OPCIONAL: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS –** Es opcional completar esta área y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas correspondientes.

**OPCIONAL: CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PARA BENEFICIOS DE CALFRESH –** Es opcional completar esta área y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No es necesario que proporcione la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social 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 seguro social. 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 / NECESITA AYUDA:** Comuníquese con los Servicios de Nutrición Infantil en: [CNS@esuhsd.org](mailto:CNS@esuhsd.org) o llame al: 408 347 5191.

**ENVIAR:** Envíe una solicitud completa a **CNS-ESUHS, 830 N. Capitol Av., San José, CA 95133 o la cafetería de su escuela.** Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para comidas gratis o de precio reducido.

Atentamente,

  
Julie Kasberger, Directora de Servicios Generales del Distrito (ESUHS)

**Solicitud de ESUHSO 2021-2022 para comidas gratuitas o de precio reducido con la opción CalFresh.** Complete una solicitud por hogar. Envíe por correo la solicitud completa a ESUHSO-CNS, 830 N. Capitol Av, San José CA 95133. Lea las instrucciones incluidas con la solicitud sobre cómo presentar la solicitud. Escriba claramente con un bolígrafo. Sección 49557 (a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes para comidas gratuitas o de precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán identificados abiertamente por el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales para servir, entradas separadas, áreas de comedor separadas o por cualquier otro medio". Preguntas directas a los Servicios de Nutrición Infantil – 408 347 5191.

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** — Los niños en cuidado de crianza temporal y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para recibir comidas gratis. Si hay más miembros del hogar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

Nombre _____	Grado _____
ID# _____	Escuela _____
Fecha de Nacimiento _____	Masculino ___ Femenino ___

Escriba el nombre de TODOS LOS NIÑOS (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela o # de ID de Estudiante (si tiene)	Grado	Marque la casilla correcta si el estudiante es: adoptivo, sin hogar, migrante, fugitivo			
			Adoptivo	Sin hogar	Migrante	Fugitivo

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables".

**REQUERIDO**-La firma del adulto que llene esta solicitud (debe aparecer en el Paso 3):

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA:** CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si la respuesta es NO, omite el PASO 2 y continúe con el PASO 3.

Si es Sí, marque la casilla del programa correspondiente, ingrese un número de caso, omite el PASO 3 y continúe con el PASO 4.	Seleccione el Tipo de Programa: <input type="checkbox"/> CALFRESH <input type="checkbox"/> CALWORKS <input type="checkbox"/> FDIPIR	Ponga el # de Caso (NO el # de Tarjeta EBT)
--	--	---

**PASO 3 – REPORTAR INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2)**

**A. INGRESOS DEL ESTUDIANTE:** A veces, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Ingrese el ingreso BRUTO TOTAL (antes de las deducciones) de todos los estudiantes en el PASO 1. Ingrese el período de pago correspondiente en el cuadro "Con qué frecuencia": W = Semanal, 2W = Quincenal, 2M = Dos veces al mes (cada 15 días), M = Mensual, Y = Anual

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Indique TODOS los miembros del hogar que no estén en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, informe el ingreso BRUTO TOTAL (antes de las deducciones) para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos para informar. Ponga el período de pago adecuado en la casilla de "Frecuencia": W = Semanal, 2W = Quincenal, 2M = 2 Veces al Mes (cada 15 días), M = Mensual, Y = Anual

Ponga el nombre de TODOS los DEMÁS miembros del Hogar Incluyéndose usted, que no estén en el Paso 1 (Nombre y Apellido)	Ingresos del trabajo	Asistencia Pública /SSI/		Pensiones de Retiro		
		Frecue.	Manutención/Pagos	Frecue.	Otros Ingresos	Frecue.
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

**C. Ponga los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar:** \_\_\_\_\_ MARQUE SI NO TIENE # (SSN)

Nombre: \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS**

Tenemos requerido solicitar información sobre raza y origen étnico de sus hijos y esta información es importante y ayuda a servir mejor a la comunidad. Es opcional responder y no afecta la elegibilidad de los niños para recibir comidas gratis o reducidas de precio.

**Etnia (marque una)**

Hispana o de origen Latino    No Hispana o Latina

**Raza (marque una o más)**

Afroamericana   Alaska   Nativa

   Nativa    América    Asiática

Negra    Nativa de Hawái    Islas del Pacifico    Blanca

**NO LLENAR - SOLAMENTE PARA USO ESCOLAR**

How Often? _____ Weekly _____ Bi-Weekly _____ Twice a Month _____ Monthly _____ Yearly	Total Household Income _____
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	_____
Total Household Size: _____	Eligibility Status: _____ Free _____ Reduced _____ Denied (Paid) _____
_____	_____ Categorical
_____	Verified as: _____ Homeless _____ Migrant _____ Runaway _____
_____	_____ Error Prone
Determining Official's Signature _____	Date: _____
Confirming Official's Signature _____	Date: _____
Verifying Official's Signature _____	Date: _____

**OPCIONAL - CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PARA BENEFICIOS DE CALFRESH**

**Según el Código de Educación de California 49558 (d):** Con el consentimiento, esta solicitud o la información que contiene, solo se compartirá con su agencia local de CalFresh y solo para propósitos directamente relacionados con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El consentimiento solo debe ser otorgado por el padre o tutor del estudiante. En hogares con varias familias, cada familia debe completar una solicitud y firmar por sus propios hijos. Negarse a dar su consentimiento no afectará la elegibilidad de su hijo para el programa de comidas gratis o de precio reducido.

Marque esta casilla si usted es el padre o tutor de todos los estudiantes mencionados en el PASO 1 para dar su consentimiento y compartir esta solicitud como se indicó anteriormente. El padre o tutor debe escribir y firmar su nombre y la fecha de hoy a continuación.

Escriba el Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_