

Apreciado Padre o Tutor: El Distrito Escolar Unificado de Colusa participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y / o en el Programa de Desayunos Escolares al ofrecer comidas nutritivas todos los días escolares. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo por \$ 2.75 (TK-8vo grado) \$ 3.25 (9º a 12º grado) y el desayuno es gratis (TK-3er grado) \$ 1.75 (4º a 12º grado). Los estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis (la elegibilidad de precio reducido es gratuita en el Distrito Escolar Unificado de Colusa). Ni usted ni su hijo necesitan ser ciudadanos de los EEUU para calificar para comidas gratuitas o a precio reducida. Si hay más miembros en el hogar que la cantidad de líneas en la solicitud, agregue una segunda solicitud.

**CARTA A HOGARES PARA COMIDAS GRATUITAS Y TARIFA DE PRECIO REDUCIDO**

1 de julio de 2020– 30 de junio de 2021					
Personas en el hogar	Año	Mes	Dos veces por mes	Cada quincena	Semana
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$ 908	\$ 445
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	\$81,662	\$6,802	\$3,401	\$3,140	\$ 1,570
Por cada miembro adicional, agregue:					
	\$8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS:** Una solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido no puede ser revisada a menos que toda las preguntas requeridas estén completas. Un hogar puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora pero su ingreso disminuye, aumenta de tamaño su familia, un miembro de la familia se convierte en elegible para beneficios de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), usted puede presentar una solicitud en ese momento. **CERTIFICACION DIRECTA:** No es requerida una solicitud si su hogar recibe una carta notificándole que todos los niños están automáticamente certificados para comidas gratuitas. Si usted no recibió una carta, por favor complete una solicitud. **VERIFICACION:** Los funcionarios escolares pueden consultar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Quizá le pidan a usted enviar información para validar su ingreso o elegibilidad para beneficios CalFresh, CalWORKs, o FDPIR. **PARTICIPANTES DE WIC:** Hogares que reciben beneficios del programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC), pueden ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido al completar una solicitud. **SIN HOGAR, MIGRANTES, HUIDOS Y HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o huidos y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela son elegibles para comidas gratuitas. Póngase en contacto con los funcionarios escolares para asistencia al (530) 458-7791. **NIÑOS DE CRIANZA:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de crianza o corte para calificar para comidas gratuitas. Un niño de crianza puede ser incluido como un miembro de la familia si la familia de crianza decide aplicar para sus propios hijos en la misma solicitud y debe reportar cualquier ingreso personal por el niño. Si los niños propios no son elegibles, esto no impide que un niño de crianza reciba comidas gratuitas. **AUDIENCIA JUSTA:** Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a la determinación de la solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el oficial de audiencia. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial, que puede ser solicitada llamando o escribiendo a: Jeff Turner, Colusa Unified School District, Superintendent, (530) 458-7791, 745 10th Street, Colusa, CA 95932. **ELIGIBILIDAD PRORROGA:** El estatus de elegibilidad de su hijo del año escolar anterior continuará hasta 30 días de clases en el nuevo año

escolar, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando termine el periodo de prórroga, se cobrará el precio completo para las comidas al niño, a menos que la familia reciba una carta de notificación para comidas gratuitas o a precio reducido. No es requerido que los funcionarios escolares envíen recordatorios o avisos de elegibilidad expirada. **DECLARACION NO-DISCRIMINACIÓN:** Conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y normas los derechos civiles de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones administradoras o participantes en programas del USDA prohíbe discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividades de los derechos civiles actividad anteriores en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de signos, etc.), debe comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplican para beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, información del programa puede hacerse disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja por discriminación de programa, complete el formulario de quejas de discriminación de programa de USDA, (AD-3027) encontrado 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 USDA, o escribir una carta dirigida a 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. Presente su formulario completo o carta a USDA por: (1) Correo: 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: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**PARA CALIFICAR:** Sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido si su ingreso familiar cae en o por debajo de la federal elegibilidad de ingresos abajo.

**COMO APLICAR PARA COMIDAS GRATUITAS O DE TARIFA REDUCIDA – Complete una solicitud por hogar. Por favor escriba claramente con una lapicera. Información ilegible, incompleta o incorrecta retrasará el procesamiento.**

**PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE –** Incluya a todos los estudiantes que asisten a Distrito Escolar Unificado de Colusa. Escriba su nombre (primer, segundo inicial, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si cualquier estudiante es hijo de crianza, marque la casilla "Foster". Si sólo está solicitando para un niño de crianza, complete el paso 1 y luego continúe al paso 4. Si cualquier estudiante no tiene hogar, migrante o huído, marque la casilla aplicable "Sin Hogar, Migrante o Huído" y complete todos los pasos de la solicitud. **PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA –** Si cualquier miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh y CalWORKs, FDPIR, entonces todos los niños son elegibles para comidas gratuitas. Debe marcar la casilla de programa de asistencia aplicable Ponga un número de caso y continúe con el paso 4. Si nadie participa, omita el paso 2 y continúe al paso 3.

**PASO 3: REPORTE TODOS LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR –** Debe reportar el ingreso BRUTO (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en dólares. Ponga "0" para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- A) Reporte el ingreso BRUTO combinado de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 e indique el período de pago correspondiente. Incluya el ingreso de un hijo de crianza si usted está solicitando para hijos de crianza e hijos propios en la misma solicitud.
- B) Ponga los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS OTROS miembros del hogar que no aparecen en el PASO 1, inclúyase a usted mismo. Reporte el ingreso BRUTO total de cada fuente e indique el período de pago correspondiente.
- C) Indique el tamaño del hogar (niños y adultos). Este número debe ser IGUAL a los miembros del hogar mencionados de PASO 1 y PASO 3.
- D) Ponga los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla de "NO seguro".

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE ADULTO –** La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, información de contacto y fecha de hoy.

**OPCIONAL: LAS IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS –** Esto es opcional y no afecta la elegibilidad de su niño para las comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no, no podemos aprobar a su niño para las comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto miembro del hogar quien firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son necesarios al indicar un numero de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el adulto miembro del hogar firmando la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo.

**PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Por favor, póngase en contacto con Callie Barber, (530) 458-7791 ext: 4040 **SOMETA:** Por favor envíe una solicitud completa a la escuela de su hijo o a la oficina de nutrición en el 1404 E. Street. Se le notificará si su solicitud es aprobada o negada para recibir comidas gratuitas o a precio reducido. Atentamente, Callie Barber, Directora de Servicios de Nutrición Estudiantil

Llene una solicitud por familia. Lea las instrucciones que vienen adjuntas con esta solicitud. Escriba en letra imprenta y use una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. La sección 49557(a) del Código Educativo de California dice: “Las solicitudes de alimentos gratis o a precio reducido se pueden entregar a cualquier hora del día escolar. Los niños que participan en el National School Lunch Program no se distinguirán porque usen fichas especiales, boletos especiales, filas o entradas separadas, utilicen áreas separadas para comer, u otra cosa que los distinga de los demás”. Puede elegir aplicar electrónicamente en: <https://family.titank12.com>

**PRIMER PASO – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** Los niños de crianza y los niños bajo las categorías ‘Sin techo, migrantes, o aquellos que han huido de casa son elegibles para el programa de alimentos gratis. Adjunto hay otra hoja por si hay más nombres.

Escriba el nombre de CADA ESTUDIANTE que asistirá a la escuela (Nombre, Inicial, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y el grado		Fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla que corresponde Crianza, sin techo, migrante o huyó de casa			
	EJEMPLO: José A. Gutierrez	Lincoln Elementary		1º	12-15-2010	Crianza	Sin Techo
				<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"/>

**SEGUNDO PASO – PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR**

Diga si ALGUN miembro de la familia (incluyéndolo a usted) actualmente es parte de cualquiera de los siguientes programas de ayuda:

Si este NO es el caso entonces omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si respondió Sí, no complete el PASO 3. Marque la casilla correspondiente, escriba el número del caso y proceda al PASO número 4.	Elija el tipo de programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Escriba el número del caso:
---	---	-----------------------------

**TERCER PASO – DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Omita este paso si contestó Sí en el PASO 2)**

<b>A. INGRESO ESTUDIANTE:</b> Algunas veces los estudiantes trabajan. Por favor incluya el TOTAL de los ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en el PASO 1. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual		Total Ingreso Estudiante	Cada cuanto			
		\$				
<b>B. OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Incluyéndolo a usted):</b> Nombre a TODOS los familiares enumerados en el PASO 1 aunque no tengan ingresos. Por cada miembro de la familia diga el TOTAL del ingreso de cada fuente y en dólares solamente. Si ellos no reciben ingreso de ningún lado, escriba “0”. Si usted coloca “0” o deja el espacio en blanco, usted certifica (promete) que no existen ingresos que declarar. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual						
Escriba el nombre de TODOS los miembros de la familia (Nombre y Apellido)	Salario	Cada cuanto	Asistencia pública/SSI/ Pensión alimenticia	Cada Cuanto	Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos	Cada Cuanto
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
Nº total miembros familia (Niños y adultos)	Escriba los últimos 4 dígitos del seguro social de la persona cabeza de familia (SSN) y otros adultos miembros de la familia		Marque la casilla si no tiene seguro social <input type="checkbox"/>			

**CUARTO PASO – CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Testificación: “Yo testifico que (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que esta información se da al ser beneficiario de fondos provenientes del gobierno federal y que los empleados escolares pueden verificar esta información. Estoy al tanto que si doy información falsa, mis hijos pueden perder los servicios de comidas gratis, y yo puedo ser acusado bajo las leyes estatales y federales.”

Firma del adulto que llenó este formulario:		
Nombre y apellido en letra imprenta:		
Fecha de hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY	
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 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
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
	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:

<b>OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ORIGEN ÉTNICO DE LOS NIÑOS</b> Nos exigen pedir información sobre la raza y el origen étnico. Esta información es importante y nos ayuda a servirles mejor. El responder es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para que reciban comidas gratis o a precio reducido. <b>Origen Étnico (Marque una):</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <b>Raza (Marque una o más):</b> <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
--