

# 2020-2021 SOLICITUD PARA COMIDAS GRATUITAS Y PRECIO EP ○

Complete solo **1** solicitud por Hogar. Entregue esta solicitud completada a la escuela de su hijo(a), las Oficinas del Distrito, o puede solicitar en línea visitando [www.myschoolapps.com](http://www.myschoolapps.com).  
 EC de California Sección 49557(a): “Las solicitudes para comidas gratuitas o a precio reducido pueden entregarse en cualquier momento durante el día escolar. Los niños participantes en el Programa Nacional del Almuerzo Escolar no serán abiertamente identificados por el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales de servicio, entradas y cafeterías separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio.”

## SECCIÓN A: Identifique los Miembros del Hogar que son infantes, niños y alumnos de VCUSD.

¿NIÑO (A) FOSTER?	APELLIDO	NOMBRE	ESCUELA	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO	¿Sin Hogar, Migrante o Fugado del Hogar?

**Definición de MIEMBRO DEL HOGAR:** “Cualquiera que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sean familiares”

Al indicar **Sin Hogar, Migrante o Fugado del Hogar** no califica automáticamente a su alumno(os) para comidas gratuitas. Se requiere documentación adicional, así que complete toda la solicitud para una rápida aprobación.

**Sin Hogar/Fugado del Hogar:** Los formularios de *McKinney Vento* están disponibles en todos los planteles escolares y en las Oficinas del Distrito. Éstas serán remitidas a Nutrición Estudiantil por el enlace para personas sin hogar de VCUSD.

**Migrante:** Contactar a la oficina de *Cal. Migrant Edu. Prog.*, Reg.2 al (530) 666-1977, Ext.109, para asistencia en la colocación de su hijo(a) en la lista de alumnos Migrantes.

**SECCIÓN B:** Si algún **Miembro del Hogar** (adultos/niños) recibe beneficios de CalFresh (estampillas de comida), CalWORKS o FDPIR, escriba el No. de Caso abajo y condado dónde fueron emitidos.  
**AVISO:** El No. de Caso de **CalFresh se encuentra en la tarjeta EBT, DEBAJO DE SU NOMBRE en la esquina inferior izquierda. NO** use el número de tarjeta.

**No. de Caso:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

## SECCIÓN C: Reportar los Ingresos de TODOS los Miembros del Hogar. No complete esta sección si ha proporcionado un número de caso de CalFresh/CalWORKS/FDPIR en la Sección B.

NOMBRES DE LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR (Nombre y Apellido)	INGRESOS BRUTOS del trabajo	Pensión, Retiro, Cualquier otro ingreso	Asistencia Pública, Manutención Infantil, Pensión	¿QUÉ TAN FRECUENTE RECIBE ESTE INGRESO?			
	\$	\$	\$	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> 2x al Mes	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Semanal
	\$	\$	\$	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> 2x al Mes	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Semanal
	\$	\$	\$	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> 2x al Mes	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Semanal
	\$	\$	\$	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> 2x al Mes	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Semanal
	\$	\$	\$	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> 2x al Mes	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Semanal

**Ingresos del Niño(a):** Si algún niño de la Sección A obtiene o recibe ingresos, identifique el ingreso **TOTAL** recibido por todos los niños: \$ \_\_\_\_\_  Mensual  2x al Mes  Quincenal  Semanal

**SECCIÓN D:** Firma (requerida) e Información de Contacto: “Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación con el recibo de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Estoy consciente de que si doy deliberadamente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y podría ser procesado bajo las leyes estatales y federales.”

**TOTAL de Miembros del Hogar** (Niños y Adultos):  **Últimos 4 Dígitos del SSN de la Principal Persona Asalariada u Otro Miembro Adulto del Hogar:**  **Marcar si NO tiene SSN:**

FIRMA DEL MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUE COMPLETÓ ESTA SOLICITUD	FECHA
NOMBRE IMPRESO DEL ADULTO QUE FIRMÓ ESTA SOLICITUD	NÚMERO DE TELÉFONO DÓNDE PUEDE SER CONTACTADO
DOMICILIO	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

### SECCIÓN E: Identidades Étnicas y Raciales de los Niños (Opcional):

1. Indique una o más identidades raciales:

Indígena americano o nativo de Alaska      Afroamericano      Asiático

Hawaiano nativo o de las Islas Pacíficas      Blanco

2. Indique una identidad étnica:

De Origen Hispano o Latino      NO de Origen Hispano o Latino

**La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell** requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no hace entrega de la información necesaria, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su hijo(a). Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la principal persona asalariada u otro miembro adulto del hogar que firme la solicitud. El número de seguro social no es requerido cuando solicita en representación de un niño(a) de crianza o si proporciona un número de caso de CalFRESH, CalWorks o FDPIR u otro identificador de FDPIR para su hijo(a) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmará la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar, o determinar los beneficios para sus programas, auditores del programa para ayudarlos a evaluar, financiar, o determinar los beneficios para sus programas, auditores para evaluar el programa, y funcionarios del orden público para ayudarlos a buscar violaciones al reglamento del programa. De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible 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 bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.