

## GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES

### **CARTA A LOS HOGARES SOBRE EL PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL Y EL PROGRAMA DE DESAYUNO ESCOLAR PARA 2008-2009**

#### **Estimados Padre o Tutor:**

El Distrito Escolar/La Agencia Alexander Valley Union toma parte en el Programa de Almuerzo Escolar pueden Nacional y/o en el Programa de Desayuno Escolar. Comidas están servidas todos los días de escuela. Estudiantes comprar el almuerzo por 3.00 y el desayuno por 1.75. Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o

a precio reducido de \$ .40 para el almuerzo y \$ .30 para el desayuno.

- Si usted ahora recibe beneficios de estampillas para comida, Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad Hacia Los Niños (CalWORKs), Kinship Guardianship Assistance Payments (Kin-GAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), su niño puede recibir comidas gratis.
- Si el total de los ingresos de su hogar es igual o menos del nivel indicado en la escala de ingresos abajo, su niño puede recibir comidas gratis o a precios reducidos. Hogar significa un grupo de parientes o no parientes, individuos viviendo como una unidad económica y que comparten los gastos de subsistencia. Gastos de vivienda incluye renta, ropa, comida, gastos médicos y gastos de utilidades.
- Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte puede recibir comidas gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta los ingresos del hogar.

#### **COMO SOLICITAR**

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos para su niño(s), llene la adjunta **Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precios Reducidos**, fírmela, y regrésela a la escuela lo más pronto posible. La solicitud no puede ser aprobada al menos que contenga información completa sobre la elegibilidad.

**HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR**— Si ahora recibe beneficios de estampillas para comida, CalWORKs, o FDPIR para su niño(s), escriba el nombre de cada niño y el número del caso de las estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. **UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR TIENE QUE FIRMAR LA SOLICITUD EN LA SECCIÓN C.**

**NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER) O INSTITUCIONALIZADOS**—Utilice una solicitud por cada niño adoptivo (foster) o institucionalizado que está bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte.

Escriba el nombre del niño adoptivo (foster) o institucionalizado y la escuela particular que el niño atiende. Si el niño adoptivo (foster) o institucionalizado recibe ingreso para uso personal, apunte la cantidad del ingreso. "Ingreso para uso personal" es (a) dinero recibido de la oficina de asistencia publica identificado por categoría para el uso personal del niño, tal como ropa, cobros de escuela, y otras cantidades permitidas; y (b) cualquier otro dinero que el niño recibe, tal como dinero de su familia y dinero que proviene del trabajo del niño, ya sea el trabajo de tiempo completo o de tiempo parcial regular.

El padre adoptivo o un oficial de la agencia tiene que firmar la solicitud en la **Sección C**.

Llene la Sección A, "ingreso de hogar" con todos los miembros y ingresos del hogar escritos, si un niño vive con parientes o amigos y aunque este bajo la responsabilidad legal de la corte.

**HOGARES DE TODO OTRO TIPO DE INGRESOS (Sueldos, salarios, pensiones, etc.)** — Si **no** indica un número de caso para las estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para **cada** estudiante en la solicitud, tiene que hacer lo siguiente:

- Escriba los nombres de todos los niños y las escuelas que atienden
- Escriba los nombres de los otros niños quienes no atienden a ninguna escuela
- Escriba los nombres de todos los adultos (21 años o mayores) y otros miembros del hogar, la cantidad que cada uno recibió el mes pasado, y el origen del ingreso
- Escriba el número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud o la palabra "ninguno" si el adulto no tiene un número de seguro social

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la

### GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES

1 de Julio de 2008 - 30 de Junio de 2009

Personas En Hogar	Cada Dos				
	Annual	Mensual	Quincenal	Semanas	Semanal
<b>1*</b>	\$19,240	\$1,604	\$802	\$740	\$370
<b>2</b>	25,900	2,159	1,080	997	499
<b>3</b>	32,560	2,714	1,357	1,253	627
<b>4</b>	39,220	3,269	1,635	1,509	755
<b>5</b>	45,880	3,824	1,912	1,765	883
<b>6</b>	52,540	4,379	2,190	2,021	1,011
<b>7</b>	59,200	4,934	2,467	2,277	1,139
<b>8</b>	65,860	5,489	2,745	2,534	1,267

Para cada miembro adicional del hogar añáde:

\$ 6,660    \$ 555    \$ 278    \$ 257    \$ 129

solicitud.

\*Un hogar de una sola persona consiste de uno niño adoptivo, un niño institucionalizado, o un estudiante que se sostiene a sí mismo.

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA-siglas en inglés), prohíbe a esta organización la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

**INGRESO ACTUAL** — La cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el **mes pasado**, antes de deducciones, el origen de los ingresos, tal como salarios/sueldos, asistencia pública, pensiones, y otros ingresos. Si alguna cantidad del **mes pasado** era más o menos que lo normal, escriba la cantidad mensual normal o proyecte el ingreso anual. Para calcular el ingreso mensual: **semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2.**

## INGRESOS PARA REPORTAR

### INGRESOS DE TRABAJO

Sueldos/Salarios/Propinas, Beneficios de Huelgas, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingreso neto de negocio propio o rancho

### ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO

Pagos de Ayuda Pública, Asistencia de Divorcio/Ayuda Económica Para Niños

### PENSIONES JUBILACIÓN SEGURO SOCIAL

Pensiones, Ingreso Complementario de Seguro, Pagos de Jubilación, Seguro Social

### OTROS INGRESOS

Beneficios de incapacidad, Dinero sacado de la cuenta de ahorros, Intereses/Dividendos, Ingresos de Herencia/ Fideicomiso/Inversiones, Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, Ingresos netos de derechos de autor, anualidades, alquileres, O cualquier otro ingreso

**PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)** — Hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir comidas o leche gratis. EL FDPIR esta autorizado por la Sección 4(b) del Acta de Estampillas de Comida de 1977. Bajo esta sección, hogares elegibles pueden optar por participar en el programa de estampillas para comida o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los dos programas, hogares de FDPIR han sido determinados de recibir los mismos beneficios categóricos como los hogares que reciben estampillas para comida.

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL** — La solicitud tiene que tener el numero de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un numero de seguro social, escriba "ninguno" o alguna otra cosa para indicar que el adulto no tiene un numero de seguro social. Si anotó un numero de caso de estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para el niño, o si la solicitud es para un niño adoptivo (foster), un numero de seguro social **no** es necesario.

**SOLICITANDO BENEFICIOS** — Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero su ingreso baja, pierde su trabajo, o el numero de personas en su hogar aumenta, entonces puede llenar otra solicitud.

**VERIFICACIÓN** — La información en la solicitud puede ser comprobada por oficiales de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir comprobantes de su ingreso, o elegibilidad actual para estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Refiérase a la solicitud para una explicación más detallada.

**COMIDAS PARA INCAPACITADOS (PERSONAS CON LIMITACIONES)** — Si piensa que su niño requiere una dieta especial o necesita sustituir algún alimento o modificar la textura de alguna comida a causa de una incapacidad o impedimento, favor de ponerse en contacto con la escuela. Un niño con una discapacidad o limitación tiene derecho a una comida especial sin precio adicional si la discapacidad le impide al niño comer la comida regular de la escuela.

**PARTICIPANTES EN WIC** — Si recibe usted beneficios bajo el Programa de Nutrición para Mujeres y Niños Infantiles — mejor conocido como el Programa WIC, su niño **puede** ser elegible para comidas gratis o a precios reducidos. Se le recomienda llenar una solicitud y devolverla a la escuela para procesar **SIN DISCRIMINACIÓN** — Niños que reciben comida gratis o a precios reducidos tienen que ser tratados en la misma manera que los niños que pagan precio completo por sus comidas.

**AUDIENCIA IMPARCIAL** — Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a su solicitud o con el resultado de la verificación, puede discutirlo con la escuela. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial se puede solicitar llamando or escribiendo al siguiente oficial escolar:

NOMBRE: Bob Raines, Superintendent/Principal

DOMICILIO: 8511 Highway 128, Healdsburg, CA 95448

TELÉFONO: (707) 433-1375 ext. 102

**CONFIDENCIALIDAD** — Información sobre el numero de personas en la familia, los ingresos del hogar, y el numero de seguro social permanecerá confidencial y no se divulgará por ningún motivo. La información que usted provee determinara la elegibilidad de su niño(s) para recibir comidas gratis or a precios reducidos y para verificar la elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en llenar la solicitud, favor de ponerse en contacto con:

NOMBRE: Jackie Sloan, Office Manager

DOMICILIO: :8511 Highway 128, Healdsburg, CA 95448

TELÉFONO: (707) 433-1375 ext. 100

La escuela le avisara cuando su solicitud sea aprobada o negada para comidas gratis o a precios reducidos.  
**Sinceramente,**

**ALEXANDER VALLEY UNION SCHOOL DISTRICT**

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS  
Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS  
EN AÑO 2008-2009**

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA  
A LA ESCUELA

FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION				
HOUSEHOLD SIZE:	HOUSEHOLD INCOME:	YEAR TRACK:		
FREE WITH: FS / CalWORKs / Kin-GAP / FDPIR		DIRECT CERTIFIED AS: H M R		
FREE:	REDUCED:	DENIED:	2 <sup>ND</sup> REVIEW:	EP: <input type="checkbox"/>
TEMPORARY FREE UNTIL (45 DAYS FROM DATE OF DETERMINATION):				
DETERMINING OFFICIAL:			DATE:	
VERIFICATION OFFICIAL:			DATE:	

**SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN ESTA SECCION :**

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CalWORKs, Kin-GAP O BENEFICIOS FDPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER		FOR SCHOOL USE ONLY
APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA (N/A, NINGUNA)	SI/NO	ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO FS, CalWORKs, Kin-GAP, O FDPIR	SI/NO	ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL MENSUAL DEL NIÑO	STUDENT ID
1.							
2.							
3.							
4.							

**SECCION B.** INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (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.

**Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.**

APELLIDO PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME
1.					
2.					
3.					
4.					

**SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION**

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

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 DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA		TELEFONO	FECHA
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION		ESCRIBA SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#) AQUI, O ESCRIBA «NONE» SI USTED NO TIENE UNO	
DOMICILIO			
CIUDAD	CODIGO POSTAL	TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NIÑOS DEL HOGAR	

**SECCIÓN D. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)**

1. Apunté uno o mas identidades raciales:  Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano-Americano  Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacífico  Blanco
2. Apunté un identidad étnico:  De origen Latino o Hispánico  No de origen Latino o Hispánico

*Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad.*