



Estimado padre, madre o tutor:

Distrito Escolar de East Side Union participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y Programa de Desayunos Escolares ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por \$3.25 y los desayunos por \$1.75. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis (para la aprobación de precio reducido no hay costo). Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Para obtener ayuda adicional, por favor envíe un correo electrónico a Shilpa Sinha a [sinhash@esuhsd.org](mailto:sinhash@esuhsd.org) o llame al 408 347 5191.

CARTA PARA LOS HOGARES SOBRE LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

REQUISITOS: Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

Guía de Ingresos Elegibles
Julio 1, 2019–Junio 30, 2020

Table with 6 columns: Personas En Hogar, Anual, Mensual, Quincenal, Cada Dos Semanas, Semanal. Rows 1-8 showing income thresholds.

VERIFICACIÓN: Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

PARTICIPANTES DE WIC: Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START: Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al Shilpa Sinha a 408 347 5191 para obtener ayuda.

NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL: La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que sí lo están reciban comidas gratis.

AUDIENCIA IMPARCIAL: Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Superintendente Asociado de Negocios, ESUHS, 830 N. Capitol Av., San Jose, CA 95133—408 347 5051

PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE: La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar complete una aplicación del año escolar actual y reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido.

Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitan los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: 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) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO—Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES – Incluya a TODOS SUS NIÑOS que viven en el hogar. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, y grado. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugitivo” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

A. Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.

B. Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.

C. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe ingresos o de otro miembro adulto del hogar. Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

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

OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

OPCIONAL: CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PARA BENEFICIOS CALFRESH—Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe ingresos o de otro miembro adulto del hogar. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA: Póngase en contacto con Shilpa Sinha a [sinhash@esuhsd.org](mailto:sinhash@esuhsd.org) o por teléfono a 408 347 5191.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: Presente una solicitud completa en CNS-ESUHS, 830 N. Capitol Av., San Jose, CA 95133. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,

Julie Kasberger, Directora de Servicios Generales

**2019-2020 APLICACIÓN ESUHS D para comidas GRATIS o DE PRECIO REDUCIDO con la opción de CalFresh** Llene una solicitud por hogar. Envíe por correo la solicitud completa a Shilpa Sinha, 830 N Capitol Ave., San José, CA 95133 Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio. Envíe un correo electrónico a [sinhash@esuhsd.org](mailto:sinhash@esuhsd.org) si tiene preguntas.

**PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES**—Los niños bajo cuidado **adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Si se necesitan más líneas para nombres, utilice otra aplicación.

Nombre _____	Grado _____
Número de Estudiante _____	Escuela _____
Fecha de Nacimiento _____	Niño _____ Niña _____

Anote el nombre de Todos Sus Niños/Niñas del Hogar (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el nombre de la escuela o el número de estudiante (ID) (Si alguna)	Grado	Marque la casilla pertinente si el estudiante está bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o niño fugitivo.			
			Adoptivo Temporal	Sin hogar	Migrante	Fugitivo

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR** ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si contestó NO, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4.	Seleccione el tipo de programa <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Anote el número de caso: (El número en la tarjeta EBT no es el número de caso.)
-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

**PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó ‘SÍ’ en el PASO 2)**

**A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:** En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos BRUTOS TOTA (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos totales de los estudiantes	Frecuencia
\$ _____	

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Anote a TODOS los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote “0”. Si anota “0” o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”: S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes (cada 15 días), M = Mensual, A = Anual

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar incluido usted, no listado en el PASO 1 (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/manutención de menores/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/retiro/jubilación/otros ingresos	Frecuencia
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	
	\$ _____		\$ _____		\$ _____	

**C. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe ingresos o de otro miembro adulto del hogar** \_\_\_\_\_

Marque la casilla si NO tiene SSN

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (NO LLENAR. PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)**

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: _____

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO**  
 Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del adulto que completa este formulario: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS**  
 Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Origen étnico (marque uno)**

Origen hispano o latino     No hispano o latino

**Raza (marque una o más)**

Afroestadounidense     Nativo de Alaska     Indígena     Asiático

Negro     Nativo de Hawái     Isleño del pacífico     Blanco

**OPCIONAL - CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN PARA SOLICITAR BENEFICIOS DE CALFRESH** De conformidad con la sección 49558(d) del Código de Educación (Education Code) de California Previo consentimiento, esta solicitud o la información que contiene, **sólo** se compartirá con la agencia local de CalFresh y únicamente para fines directamente relacionados con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El consentimiento sólo puede ser otorgado por el padre, madre o tutor del estudiante. En los hogares compuestos de varias familias, cada familia debe completar una solicitud y firmar por su propio hijo (s). Negarse a dar el consentimiento no afectará su elegibilidad para participar en el programa de comidas gratis y a precio reducido.

Marque esta casilla si es el padre, madre o tutor de cada estudiante enumerado en el PASO 1 para dar su consentimiento para compartir esta solicitud como se indicó anteriormente. El padre, madre o tutor debe escribir su nombre, firmar y anotar la fecha de hoy.

Imprimir Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_