

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA BARBARA

Servicios de Nutrición

SIN ESTA INFORMACIÓN NO SE PODRA PROCESAR SU SOLICITUD Y POSIBLEMENTE EL TIEMPO PARA SER APROVADO SE PROLONGARA!

UNA FORMA POR FAMILIA

Favor de completar la aplicación adjunta con esta hoja, firme la solicitud y regresela a la escuela de sus hijos o mandela por correo al los Distrito Escolar Unificado de Santa Barbara, 724 Santa Barbara St., Santa Barbara, CA 93101 . Para instrucciones adicionales favor de referirse al la hoja titulada “Carta a los Hogares sobre el Programa de Almuerzo Escolar Nacional”. La solicitud no se podra procesar si le hace falta la siguiente información:

- **El nombre de los estudiantes por los cuales usted esta aplicando para beneficios del Programa de Alimentos.**
- **Nombre e ingresos de todos los miembros adultos en su familia.**
- **Firma del padre o guardian del los estudiantes.**
- **Los ultimos cuatro numeros del seguro social de la persona que firmo la solicitud. Si la persona que firmo la solicitud no tiene seguro social tiene que marcar un “X” en sección indicada.**

TODAS LA FAMILIAS: FAVOR DE LEER ESTA SECCIÓN

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 participen 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.

Declaración del Acta de Confidencialidad: esto explica cómo usaremos la información que ustedes nos den.

El Acta Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Ustedes no tienen que proveer esa información, pero si no lo hacen, no podemos aprobar las comidas gratis o a precios reducidos para sus hijos. Ustedes deberán incluir las últimas cuatro cifras del número de seguro social del adulto de la familia que firme la solicitud. Esas cuatro últimas cifras del número de seguro social no son necesarias cuando solicitan a favor de un/a niño/a en hogar de acogida (foster) o indican un número de caso de CalFresh, CalWorks o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) ni alguna otra identificación FDPIR para su hijo/a o cuando indican que el/la adulto del hogar que firma la solicitud indica que no tiene número de seguro social. Usaremos la información para determinar si su hijo/a es elegible para las comidas gratis o reducidas, y para administración y control del programa de almuerzos y desayunos. Nosotros PUEDE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios y prestaciones para sus programas, auditores para revisiones del programas y agencias del orden público en ayudar a buscar violaciones a las normas del programa.

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 preveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

Servicios de Nutrición

APLICACIÓN PARA ALIMENTOS GRATIS O A PRECIO REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EL AÑO ESCOLAR 2011-12

SECCIÓN A INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: TODOS LOS HOGARES LLENEN ESTA SECCIÓN Y PROVEÉN INFORMACION DE TODOS SUS HIJOS EN SU HOGAR:

INFORMACIÓN SOBRE SU/S HIJO/S y ESTUDIANTE/S (Solo niños y jóvenes de las edades de 0 a 18 años)			NUMERO DE ID O FECHA DE NACIMIENTO	Estudiante es parte de « Cuidado de Crianza Temporal » ?	ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOS FDPIR kin-gap, o FDPIR	Si el niño/a por cual usted está aplicando esta sin hogar, o recibe educación migrante, o es un estudiante que se fugó ?	Para uso Escolar
Apellido	Nombre	Nombre de Escuela (n/a si no va hijo/a)	Opcional: Ayuda a calificar al estudiante correcto	Favor de marcar <input checked="" type="checkbox"/>	Si usted recibe beneficios favor de escribir su number de caso completo	Favor de marcar la caja apropiada <input checked="" type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Fugó	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Fugó	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Fugó	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Fugó	
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Fugó	

SECCIÓN 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.

Adultos Del Hogar: Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar aunque no trabajen. Indique la cantidad y el origen del ingreso de las personas que trabajen. Incluya ingresos de sus trabajos de planta de tiempo completo o de mitad de tiempo, si recibe SSI o pagos de asistencia de adopción. Si sus ingresos varen favor de escribir el ingreso usual

Nombre Completo	Marque si no tiene ingresos <input checked="" type="checkbox"/>	Sueldos en bruto de su/s trabajos (Antes de las deducciones) Su ingreso es semanal, cada dos semanas, dos veces por mes, o anual? FAVOR DE ANOTAR	Pensiones, jubilación, seguro social	Beneficios de welfare, ayuda económica para niños, asistencia de divorcio	Cualquier otro ingreso	PARA USO ESCOLAR Total Monthly Income
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

SECCIÓN C 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 MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUIEN LLENO ESTA FORMA		NUMERO DE TELEFONO Casa: Trabajo/Celular:		FECHA:
Escriba la firma en letra de molde de la persona que firmo :			NUMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX-____ (Solo los ultimos cuatro digitos) NO TENGO SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> (Favor de marcar <input checked="" type="checkbox"/> si no tiene numero de Seguro Social)	
DOMICILIO:		Apt:	CIUDAD:	CODIGO POSTAL:

SECCIÓN D IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

<input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico	<input type="checkbox"/> Blanco
1) Apunté uno o mas identidades raciales:			2) Apunté un identidad étnico	
			<input type="checkbox"/> De origen Latino o Hispánico	
			<input type="checkbox"/> No de origen Latino o Hispánico	

FOR SCHOOL USE ONLY- ELIGIBILITY DETERMINATION

Household Size:	Household Income:	Determining Official:	Date:	Direct Certified as: H M R
<input type="checkbox"/> Zero Income, Temporary Free Until:		EP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free Due To Food Stamps, CalWORKs, Kin-Gap, or FDPIR Benefits	
2 nd Review:	Verification Official:	Verification Date:	Verification Follow-up Date:	
Verification Results: <input type="checkbox"/> Status Same <input type="checkbox"/> Status Change <input type="checkbox"/> Non-Response		New: Income:	Household Size:	New Eligibility: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free