



SERVICIOS DE NUTRICIÓN

Carta a Los Hogares Sobre el Programa de Almuerzo Escolar Nacional y el Programa de Desayuno Escolar para 2009-10

Estimados Padre o Tutor:

El Distrito Escolar de Santa Barbara toma parte en el Programa de Almuerzo Escolar Nacional y en el Programa de Desayuno Escolar. Comidas son servidas todos los días de escuela. **Estudiantes pueden comprar desayuno en las secundarias por \$2.00 y en la escuela Open Alternative por \$1.50. Almuerzo es \$3.25 en las escuelas secundarias y \$2.50 en las primarias.** Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a precio reducido al costo de \$.40 para el almuerzo y no costo para el desayuno. **Estudiantes enscritos en las escuelas Franklin y McKenly no tiene que llenar una forma para el Programa de Alimentos ya que en estas escuelas los estudiantes reciben alimentos a no costo a los padres:**

- 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 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 solicitud.

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

| 2009-10 Escala de Elegibilidad de Ingresos para alimentos gratis o a precio reducidos o para leche gratis en el Programa de Nutrición | | | | | |
|---|----------|---------|------------------|------------------|---------|
| | ANUAL | MENSUAL | DOS VECES AL MES | CADA DOS SEMANAS | SEMANAL |
| *1 | \$20,036 | \$1,670 | \$835 | \$771 | \$386 |
| 2 | 26,955 | 2,247 | 1,124 | 1,037 | 519 |
| 3 | 33,874 | 2,823 | 1,412 | 1,303 | 652 |
| 4 | 40,793 | 3,400 | 1,700 | 1,569 | 785 |
| 5 | 47,712 | 3,976 | 1,988 | 1,836 | 918 |
| 6 | 54,631 | 4,553 | 2,277 | 2,102 | 1,051 |
| 7 | 61,550 | 5,130 | 2,565 | 2,368 | 1,184 |
| 8 | 68,469 | 5,706 | 2,853 | 2,634 | 1,317 |
| Para cada miembro adicional en la familia agregue: | | | | | |
| | \$6,919 | \$577 | \$289 | \$267 | \$134 |

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA-siglas en ingles), 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 52; cada dos semanas x 26; dos veces al mes x 24; y mensual por 12.**

INGRESOS PARA REPORTAR

| INGRESOS DE TRABAJO | ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO | PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL | OTROS INGRESOS |
|--|---|---|--|
| Sueldos/Salarios/Propinas, Beneficios de Huelgas, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingreso neto de negocio propio o rancho | Pagos de Ayuda Pública, Asistencia de Divorcio/Ayuda Económica Para Niños | Pensiones, Ingreso Complementario de Seguro, Pagos de Jubilación, Seguro Social | 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 número de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un número de seguro social, escriba "ninguno" o alguna otra cosa para indicar que el adulto no tiene un número de seguro social. Si anotó un número 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 número 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 número 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 DESCRIMINACIÓN – 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 o escribiendo al siguiente oficial escolar:

J. Brian Sarvis, Ed. D., Superintendent
Santa Barbara School Districts
 720 Santa Barbara St.
 Santa Barbara, CA 93101
 (805) 963-4338 ext. 279

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

Declaración del Acta de Confidencialidad "El Acta Richard B. Russell de Comida Escolar Nacional requiere la información en esta solicitud. No tienen por qué dar esta información, pero si no lo hacen, no podremos aprobar las comidas gratis o a precios reducidos para sus hijos. Deberán incluir el número de seguro social del adulto cabeza de familia que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario si la solicitud es para niños en acogida (foster) o si indican número de caso de alguno de los programas siguientes Estampillas de Comida, Oportunidad de Trabajo de California (CalWORKS), Asistencia de Pagos 'Kinship Guardian' (Kin-GAP), de Distribución de Programa o de Reservas Indias (FDPIR) o algún otro identificador de FDPIR o cuando indican que el adulto cabeza de familia que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para las comidas gratis o a precios reducidos, y para la administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos.

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

Servicios de Nutrición
Santa Barbara School Districts
 724 Santa Barbara St.
 Santa Barbara, CA 93101
 (805) 963-4338 ext.279

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

Sinceramente,

Nancy Weiss, Directora
Servicios de Nutrición

DISTRITOS ESCOLARES DE SANTA BARBARA

**APLICACIÓN PARA ALIMENTOS GRATIS O A PRECIO
REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS PARA EL AÑO
ESCOLAR 2009-2010**

**UNA aplicación por familia y UNA por CADA niño
"Foster".**

| FOR SCHOOL USE ONLY – ELIGIBILITY DETERMINATION | | |
|---|----------------------|-----------------------------|
| HSHLD SIZE: _____ | Direct Certified as: | |
| HSHLD INCOME: \$ _____ | H | M R |
| Temporary Free, Expiration Date: _____ (45 days maximum allowed) | | |
| <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Free with FS CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR Benefits | | |
| Date: _____ | 2nd Review Date | Verification Follow-Up Date |
| Determining Official | Date | Date |
| To annualize income: Multiply weekly x 52; Every two weeks x 26; twice monthly x 24; Monthly x 12. <u>Do not round</u> result. Compare this result to the IEGs. | | |

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

| Información de hijos/estudiantes | | | | |
|----------------------------------|--------|--|--|---|
| Apellido | Nombre | Nombre de Escuela <small>Hijos que no van al la escuela escriba "Ninguno"</small> | Numero de ID. o Fecha de Nacimiento <small>(Opcional)</small> | <i>Escriba beneficio:</i> ♦ Food Stamp ♦ CalWORKs ♦ Kin-GAP ♦ FDIPIR y el NUMERO DE CASO |
| 1 | | | | # |
| 2 | | | | # |
| 3 | | | | # |
| 4 | | | | # |
| 5 | | | | # |

Si usted marco que recibe Estampillas de Comida o CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR y escribio el numero de caso para cada niño en la Sección A, no complete Sección B y pase a la Sección C.

- Nombre de Niño Foster: Ingreso para uso personal: \$ Semanal/mensual/annual (Circule)
- Si el niño a cual usted esta aplicando esta sin hogar, o recibe educacion migrante, o es un estudiante que se fugo, marque la caja apropiada: Sin Hogar Educación Migrante Estudiante que se fugo y informe a su escuela.

SECCIÓN B. Ingreso Mensual de los Miembros del Hogar que Viven en la Casa:

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 de Adulto <small>(No repita nombres de la sección A)</small> | Marque X en la caja, si no tiene ingresos | Sueldos <small>(Antes de las deducciones) incluya todos los trabajos</small> | Pensiones, jubilación, seguro social | Beneficios de niños, asistencia de divorcio | Cualquier otro ingreso | PARA USO ESCOLAR |
|---|---|--|--------------------------------------|---|------------------------|------------------|
| | | Ingreso en bruto sin deducciones – Usted tiene que poner cuanto gana y cada cuando lo recibe. Por ejemplo: \$125.32 semanal, \$1,680.22 mensual, o \$22,352.68 annual. | | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> | \$ | \$ | \$ | \$ | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | \$ | \$ | \$ | \$ | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | \$ | \$ | \$ | \$ | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | \$ | \$ | \$ | \$ | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | \$ | \$ | \$ | \$ | |

ESCRIBA EL NUMERO TOTAL DE MIEMBROS EN SU FAMILIA-Suma Sección A y la Sección B

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES LEAN Y COMPLETEN ESTA SECCIÓN

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 | Fecha | Numeros de Telefono Casa: Cellular: |
| Escriba la firma en letra del molde de la persona que firmo: | | Numero de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo Seguro Social |
| Domicilio | Apt. | Ciudad |
| | | Codigo Postal |

SECCIÓN D. IDÉNTIDADÉS ÉTNICOS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

- 1) Apunté uno o mas identidades raciales sin tener cuenta etnicidad: Asiático Blanco Indígena Americano o Nativo de Alaska Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico 2. Apunté un identidad étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

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 "El Acta Richard B. Russell de Comida Escolar Nacional requiere la información en esta solicitud. No tienen por qué dar esta información, pero si no lo hacen, no podremos aprobar las comidas gratis o a precios reducidos para sus hijos. Deberán incluir el número de seguro social del adulto cabeza de familia que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario si la solicitud es para niños en acogida (foster) o si indican número de caso de alguno de los programas siguientes Estampillas de Comida, Oportunidad de Trabajo de California (CalWORKS), Asistencia de Pagos 'Kinship Guardian' (Kin-GAP), de Distribución de Programa o de Reservas Indias (FDPIR) o algún otro identificador de FDIPIR o cuando indican que el adulto cabeza de familia que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para las comidas gratis o a precios reducidos, y para la administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos.