

**Solicitud para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, del Distrito Escolar de Westminster para el año escolar 2020–2021** (complete una solicitud por familia).

Por favor, lea las instrucciones incluidas, junto con su solicitud, sobre cómo aplicar. Escriba con letra de imprenta y utilice una pluma. También, usted puede completar una solicitud en línea en [www.wsdnutrition.com](http://www.wsdnutrition.com). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. **Código de Educación de California, sección 49557(a): Las solicitudes para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, pueden ser entregadas en cualquier momento durante el día escolar. A los estudiantes que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares a nivel federal, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas o áreas para comer separadas o por cualquier otro medio.** Los alimentos escolares **no son** considerados beneficios públicos y **no aplican a la regla de “carga pública” o cambian el estatus migratorio de una persona.**

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Los estudiantes bajo **cuidado de adopción temporal** y los que cumplen con la definición de **estudiante sin hogar, trabajador agrícola migrante o que se ha fugado de su hogar** son elegibles para recibir alimentos escolares, sin costo alguno.

Anote el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> (Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)	Anote el nombre de la escuela y nivel de grado		Anote la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un <b>estudiante bajo cuidado de adopción temporal, sin hogar, trabajador agrícola migrante o que se ha fugado de su hogar.</b>			
				Adopción temporal	Sin hogar	Trabajador agrícola migrante	Se ha fugado de su hogar
<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>Escuela Elemental ...</b>	<b>1.º</b>	<b>12-15-2010</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR**

¿Participa actualmente **ALGUNO** de los miembros del hogar (niño o adulto) en uno de los siguientes programas de asistencia pública: Calfresh, CalWorks, o FDIPIR?

Si la respuesta es **NO**, salte el PASO 2 y continúe al PASO 3.

Si la respuesta es <b>Sí</b> , no complete el PASO 3. Marque la casilla del programa aplicable, escriba el número de caso y continúe al Paso 4.	Seleccione el tipo de programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Escriba el número de caso:
---	--	----------------------------

**PASO 3 – REPORTE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Salte este paso si su contestación fue ‘SÍ’ en el PASO 2)**

**A. INGRESO DEL ESTUDIANTE:** Algunas veces los estudiantes en la familia obtienen un ingreso. Por favor, incluya el ingreso **TOTAL** obtenido por todos los estudiantes listados en el PASO 1 aquí. Reporte el ingreso total en cantidades de dólares cerrados (antes de impuestos y deducciones).  
**Escriba el periodo de pago apropiado:** W = Semanal, 2W = Cada 2 semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, Y = Anual

Ingreso total del estudiante	¿Cada cuándo?
\$	

**B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluyéndose a usted mismo):** Anote a **TODOS** los miembros de la familia no listados en el PASO 1 **aún si no reciben un ingreso**. Para cada miembro de la familia, escriba el ingreso **TOTAL** de cada fuente de ingresos en cantidades de dólares cerrados (antes de impuestos y deducciones). Si no reciben ningún ingreso de alguna fuente de ingresos, escriba “0”. Si usted anota “0” o deja cualquier casilla en blanco, usted está garantizando (prometiéndolo) que no hay un ingreso para reportar.  
**Anote el periodo apropiado de pago en la columna que indica “¿Cada cuándo?”:** W = Semanal, 2W = Cada 2 semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, Y = Anual

Anote los nombres de <b>TODOS LOS OTROS</b> miembros de la familia (primer nombre y apellido)	Ingresos de su trabajo	¿Cada cuándo?	Asistencia pública/SSI/Manutención de menores/Pensión alimenticia	¿Cada cuándo?	Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso	¿Cada cuándo?
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

<b>C. Núm. total de miembros de la fam.</b> (niños y adultos)	<input type="text"/>	<b>D. Escriba los últimos 4 números del Seguro Social (SSN) del proveedor principal de la familia o de otro miembro adulto de la familia</b>	<input type="text"/>	<b>Marque la casilla si no hay # SSN</b>	<input type="checkbox"/>
---	----------------------	--	----------------------	--	--------------------------

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Certificación: Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todas las fuentes de ingreso han sido reportadas. Yo entiendo que esta información es dada en conexión con el recibimiento de fondos federales y que los oficiales escolares pueden verificar (chechar) la información. Yo estoy consciente de que si proveo información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios para recibir alimentos escolares sin costo alguno y que puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables.

Firma del adulto completando esta solicitud:		
Escriba su nombre con letra de imprenta:		
Fecha:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		

NO COMPLETE ESTA PARTE. ES SOLAMENTE PARA USO DE LA ESCUELA			
How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income		
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$		
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)	<input type="checkbox"/> Categorical	
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Error Prone	
<b>Determining Official's Signature:</b>			<b>Date:</b>
<b>Confirming Official's Signature:</b>			<b>Date:</b>
<b>Verifying Official's Signature:</b>			<b>Date:</b>

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y GRUPO ÉTNICO DEL ESTUDIANTE
Estamos obligados a solicitar información sobre la identidad racial y el origen étnico de sus estudiantes. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. La respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus estudiantes para recibir alimentos escolares, sin costo alguno.
<b>Grupo étnico (marque una casilla):</b>
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<b>Identidad racial (marque una o más casillas):</b>
<input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afrodescendiente o Afroamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco

Estimado padre o tutor:

El **Distrito Escolar de Westminster** participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y/o Programa de Desayunos Escolares ofreciendo alimentos nutritivos todos los días escolares. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo por \$1.00 y el desayuno por \$0.50. Los estudiantes que sean elegibles podrán recibir alimentos escolares, sin costo alguno, para el almuerzo y desayuno. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de EE.UU. para ser elegibles para recibir alimentos, sin costo alguno. Si hay más miembros de la familia que el número de líneas disponibles en la solicitud, agregue una segunda solicitud. Para un método seguro y sencillo de aplicar, complete nuestra solicitud en línea en [www.wsdnutrition.com](http://www.wsdnutrition.com).

**CARTA A LAS FAMILIAS PARA RECIBIR ALIMENTOS ESCOLARES, SIN COSTO ALGUNO**

**ELEGIBILIDAD:** Sus hijos pueden ser elegibles para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, si su ingreso familiar cae dentro de o por debajo de la Guía Federal de Elegibilidad de Ingresos, que se encuentra a continuación.

Efectivo del 1.º de julio de 2020 al 30 de junio de 2021					
Guía de Elegibilidad de Ingresos					
Tamaño de la familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 23,606	\$ 1,968	\$ 984	\$ 908	\$ 454
2	31,894	2,658	1,329	1,227	614
3	40,182	3,349	1,675	1,546	773
4	48,470	4,040	2,020	1,865	933
5	56,758	4,730	2,365	2,183	1,092
6	65,046	5,421	2,711	2,502	1,251
7	73,334	6,112	3,056	2,821	1,411
8	81,622	6,802	3,401	3,140	1,570
Por cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 8,288	\$ 691	\$ 346	\$ 319	\$ 160

**APLICAR PARA BENEFICIOS:** La solicitud para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, no puede ser procesada hasta que todas las partes requeridas sean completadas. Usted puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero sus ingresos disminuyen, aumenta el tamaño de su familia o un miembro de su familia llega a ser elegible para recibir beneficios de los programas *CalFresh*, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad Hacia los Niños de California (*CalWORKs*) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (*FDPIR*), usted puede entregar una nueva solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** Una solicitud no es requerida si es que usted recibe una carta de notificación indicando que todos los estudiantes son automáticamente certificados para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Si usted no recibió una carta, por favor, complete una solicitud.

**CÓMO APLICAR PARA RECIBIR ALIMENTOS ESCOLARES, SIN COSTO ALGUNO – Complete una solicitud por familia. Por favor, escriba claramente con una pluma. Información incompleta, ilegible o incorrecta demorará el proceso.**

**PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten al **Distrito Escolar de Westminster**.

Escriba su nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si algún estudiante listado es un niño bajo adopción temporal, marque la casilla “Adopción temporal”. Si solamente está aplicando por un niño bajo adopción temporal, complete el PASO 1 y luego continúe al PASO 4. Si alguno de los estudiantes listados cumple con la definición de estudiante sin hogar, trabajador agrícola migrante o que se ha fugado de su hogar, marque la casilla que aplique “Estudiante sin hogar, Trabajador agrícola migrante o Se ha fugado de su hogar” y complete todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA** – Si CUALQUIER miembro de la familia (niño o adulto) participa en uno de los siguientes programas: *CalFresh*, *CalWORKs* o *FDPIR*, entonces todos los niños son elegibles para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Debe marcar la casilla del programa de asistencia aplicable, anote su número de caso y luego vaya al PASO 4. Si nadie participa, salte el PASO 2 y continúe al PASO 3.

**PASO 3: REPORTE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA** – Debe reportar el ingreso TOTAL (antes de deducciones) de TODOS los miembros de la familia (niños y adultos) en cantidades de dólares cerrados. Escriba “0” por cualquier miembro de la familia que no reciba ingreso.

- A) Reporte el ingreso TOTAL combinado para todos los estudiantes listados en el PASO 1 y escriba el periodo de pago apropiado. Incluya el ingreso del niño bajo adopción temporal si es que está aplicando para niños bajo adopción temporal y niños bajo no adopción temporal en la misma solicitud.
- B) Escriba el nombre (primer nombre y apellido) de TODOS LOS OTROS miembros de la familia que no estén listados en el PASO 1, incluyéndose a usted mismo. Reporte el ingreso TOTAL de cada fuente de ingresos y escriba el periodo de pago apropiado.
- C) Escriba el número total de miembros de la familia (niños y adultos). Este número DEBE ser igual a la cantidad de miembros de la familia listados en el PASO 1 y PASO 3.

**VERIFICACIÓN:** Los oficiales escolares pueden verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. A usted se le puede pedir que envíe información para confirmar sus ingresos o su elegibilidad actual por recibir beneficios del programa *CalFresh*, *CalWORKs* o *FDPIR*.

**PARTICIPANTES EN WIC:** Las familias que actualmente reciben beneficios bajo el Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (conocido como *WIC*), podrían ser elegibles para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, al completar una solicitud.

**ESTUDIANTE SIN HOGAR, TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE, QUE SE HA FUGADO DE SU HOGAR O EN EL PROGRAMA HEAD START:** Los estudiantes que cumplan con la definición de “Sin hogar”, “Trabajador agrícola migrante”, “Se ha fugado de su hogar” o que estén participando en el programa *Head Start* de su escuela son elegibles para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Por favor, comuníquese con los oficiales escolares para recibir asistencia llamando al 714-894-7311.

**NIÑOS EN ADOPCIÓN TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser por medio de la corte o de una agencia de adopción temporal para calificar para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Un niño en adopción temporal puede ser incluido como miembro de la familia si la familia de adopción temporal decide aplicar para sus niños en la misma solicitud y deben reportar cualquier ingreso personal adquirido por el niño en adopción temporal. Si los niños que no están en adopción temporal no son elegibles, esto no impide a que el niño en adopción temporal reciba alimentos escolares, sin costo alguno.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela referente a la determinación de elegibilidad o al resultado de verificación, usted puede platicarlo con el oficial de audiencias. Usted también tiene derecho a una audiencia justa, la cual puede ser solicitada llamando o escribiendo a:

**Asst. Superintendent of Business Services**

14121 Cedarwood Ave., Westminster, CA 92683, 714-894-7311.

**PRÓRROGA DE ELEGIBILIDAD:** El estatus de elegibilidad de su estudiante del año escolar anterior continuará vigente hasta el siguiente año escolar por un periodo de 30 días hábiles o hasta que se tome una nueva determinación.

Cuando este periodo de prórroga termine, a su estudiante se le cobrará el precio

completo por los alimentos escolares, a menos que la familia reciba una carta de notificación para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. A los oficiales escolares no se les requiere enviar recordatorios o avisos de elegibilidad vencida.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y con 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 en o administran programas del *USDA*, discriminen en base a raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier actividad o programa dirigido o financiado por el *USDA*.

Las personas con discapacidades que necesiten de medios alternativos de comunicación para recibir 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el *USDA* por medio del Servicio Federal de Retransmisión (*Federal Relay Service*) llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación del *USDA*, (AD-3027) que puede encontrar 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 escriba una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completado o carta por: (1) Correo postal: U.S Department of Agriculture, Office of 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.

D) Escriba los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (*SSN*). Si ningún miembro adulto de la familia tiene un número de seguro social, marque la casilla apropiada “No hay #SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO** – La solicitud debe de ser firmada por un miembro adulto de la familia. Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que vaya a firmar la solicitud, su información de contacto y la fecha del día de hoy.

**OPCIONAL: IDENTIDAD RACIAL Y GRUPO ÉTNICO DEL ESTUDIANTE** – El completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus estudiantes para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Por favor, marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN** – La Ley Nacional de Alimentos Escolares “Richard B. Russell” requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si usted no lo hace, nosotros no podemos aprobar a su estudiante para recibir alimentos escolares, sin costo alguno. Usted debe incluir los últimos cuatro números del *SSN* del miembro adulto de la familia quien firma la solicitud. Los últimos cuatro números del *SSN* no son requeridos cuando usted anota un número de caso del programa *CalFresh*, *CalWORKs* o *FDPIR* u otro medio identificador de *FDPIR* para su estudiante, o cuando usted indica que el miembro adulto de la familia quien firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su estudiante es elegible para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzos y desayunos escolares.

**PREGUNTAS/ NECESITA AYUDA:** Por favor, comuníquese con la Oficina de Servicios de Nutrición al 714-893-3865.

**ENTREGAR:** Por favor, complete y entregue su solicitud en la escuela de su estudiante, Oficina del Distrito u Oficina de Servicios de Nutrición. También, puede enviar la solicitud por correo a: Westminster School District, Nutrition Services, 14121 Cedarwood Ave., Westminster, CA 92683. A usted se le notificará si su solicitud para recibir alimentos escolares, sin costo alguno, fue aprobada o negada.

Atentamente,  
Stephanie Tovar, Directora del Departamento de Servicios de Nutrición