

Code:	DO NOT COMPLETE. FOR SCHOOL USE ONLY												VERIFICATION			
Application #	Check all that apply:						Check if any students at CEP Sites:						1st Attempt	2nd Attempt	3rd Attempt	
1 4	Free	Reduced	Paid	DC	F, H, M, R	Error Prone	FL	HP	LC	LH	Ruth	BFCDS	MHS			
2 5	Determining Official Signature:			Mosaic Software	Date:	Confirming Official Signature:	Date:									
3 6																

2020-21 Aplicación para Alimentos gratis o Precio Reducido NO SE REQUIERE que complete una aplicación si recibió notificación que es elegible por certificación directa.

Paso # 1: Niños: Proporcione información de todos los niños en su hogar. Complete solamente UNA aplicación por familia.

Paso # 2: Programas de Asistencia

Nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, todos los apellidos) EJEMPLO: Joseph P Adams	Nombre de la escuela y el grado escolar EJEMPLO: Lincoln Elementary 1st	Fecha de Nacimiento	Ingreso de los Niños (si tienen)	Indique si es				¿ALGUIEN en su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas? Si contestó SI, DEBE escribir el número de caso, pase el Paso #3 y complete el Paso #4.
				Foster	Sin hogar	Migrantes	Abandonar on el hogar	
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Select Program Type:
 CalFresh CalWORKS FDPIR
 Escriba el número de Caso:

Paso # 3: Miembros Adultos del hogar e Ingresos Mensuales: Escriba los nombres de los miembros del hogar que no indicó en el Paso #1. Si nadie tiene ingresos, escriba "cero". Si deja el espacio en blanco, usted está certificando (promete) que no hay ingresos que reportar.

Aplicación disponible por internet en www.LUSD.org

Nombre Completo de TODOS los Adultos Viviendo en su Hogar	Ingreso por Empleo (Antes de Deducciones)				Ingresos de Asistencia Pública, Divorcio, Sostén Infantil				Ingresos de Pensiones, Jubilación, Discapacidad, Otros Ingresos					
	Cantidad	Frecuencia que recibe este ingreso			Cantidad	Frecuencia que recibe este ingreso			Cantidad	Frecuencia que recibe este ingreso				
		Semanal	Cada 2 semana	2 veces/mes		Mensual	Annual	Semanal		Cada 2 semana	2 veces/mes	Mensual	Annual	Semanal
\$					\$					\$				
\$					\$					\$				
\$					\$					\$				
\$					\$					\$				
\$					\$					\$				

Opcional – Grupo Étnico y Raza de los niños
 Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos a nuestra comunidad en general. El responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad para alimentos gratis o precio reducido.

Grupo Étnico	Raza
Marque uno	Marque uno o más
Hispano o Latino	Indígena Americano o Nativo de Alaska
	Asiático
No Hispano o Latino	Negro o Áfrico-Americano
	Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
	Blanco

Total de Personas en el Hogar (Niños & Adultos)
 Últimos 4 números del Seguro Social (SSN) del Miembro de Familia Adulto
 Marque aquí si NO tiene No. de Seguro Social (SSN)

Paso # 4: Información de Contacto y Firma. "Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que la información es proporcionada en conexión con el recibimiento de fondos federales y que oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Estoy enterado que si doy información falsa intencionalmente; mis hijos pueden perder los beneficios y yo pudiera ser enjuiciado bajo las leyes Estatales y Federales".

Nombre del adulto que completa el formulario:	Escriba su nombre en letra de molde:	Fecha de hoy:	Teléfono:
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Correo Electrónico (email):

El Distrito Escolar de Lompoc participa en los Programas Nacionales de Alimentos Escolares (National School Lunch Program) ofreciendo Alimentos nutritivos todos los días de clases. Las escuelas aprobadas por CFP reciben todos los alimentos sin costo alguno. En las escuelas que no pertenecen al CFP, los estudiantes pueden comprar los almuerzos por \$2.75 en la primaria*, \$3.00 en la secundaria y los desayunos por \$1.50 en la primaria y \$1.75 en la escuela intermedia y secundaria. Si la solicitud es aprobada, los estudiantes elegibles pueden recibir alimentos sin costo alguno o a precio reducido de \$0.40 por almuerzo. Usted y sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para ser elegibles y recibir alimentos gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que el número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Un método más sencillo y seguro para aplicar, use la solicitud que se encuentra en línea en www.lusd.org. Los precios de la Escuela Manzanita son diferentes.

REQUISITOS: Sus hijos podrán reunir los requisitos para recibir alimentos gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son igual o menos de lo que indica la siguiente Guía de Elegibilidad de Ingresos Federales.

Miembros en la Familia		Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semana
1	\$23,606	\$1,968	\$984	\$908	\$454	
2	31,894	2,658	1,227	\$984	\$454	
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 persona adicional, agregue:						
	\$8,288	\$691	\$346	\$319	\$160	

No se puede procesar una solicitud para alimentos gratis o precio reducido a menos que se complete todas las áreas requeridas: Las familias pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no son elegibles en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar es elegible para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad para los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), usted puede someter una solicitud en ese momento. CERTIFICACIÓN DIRECTA: No se requiere completar una solicitud si la familia recibe una carta informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir alimentos gratis. Si no recibió una carta, complete una solicitud.

VERIFICACIÓN: Personal escolar autorizado puede verificar la información en la aplicación en cualquier momento durante el año escolar. Se le podrá pedir la aplicación de todos los estudiantes indicados en el PASO #1 y antes de los estudiantes que viven en su hogar. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo custodia de hogar temporal, marque la opción "Hogar temporal". Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo hogar temporal, complete el PASO #1 y avance al PASO #4. Si cualquier miembro de los estudiantes indicados está sin hogar, es migrante o fugitivo del hogar, marque la opción "Sin hogar", "Migrante" o "Abandono del hogar" correspondiente y complete todos los PASOS de la solicitud.

PASO #1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que viven en su hogar. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo custodia de hogar temporal, marque la opción "Hogar temporal". Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo hogar temporal, complete el PASO #1 y avance al PASO #4. Si cualquier miembro de los estudiantes indicados está sin hogar, es migrante o fugitivo del hogar, marque la opción "Sin hogar", "Migrante" o "Abandono del hogar" correspondiente y complete todos los PASOS de la solicitud.

PASO #2: REPORTE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Debe declarar los ingresos en BRTO (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Añote "0" para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

(A) Reporte los ingresos en BRTO combinados de todos los estudiantes indicados en el PASO #1 y antes de la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo hogar temporal si está solicitando asistencia para niños en hogar temporal y niños que no están bajo hogar temporal en la misma solicitud.

(B) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no indicó en el PASO #1, incluyendo a sí mismo. Reporte los ingresos totales en BRTO de cada fuente y anote la frecuencia que los recibe. (C) Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de personas del hogar indicados en el PASO #1 y PASO #3.

Manzanita Los precios son diferentes por favor consulte el sitio web: manzanitacharterschool.com

que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKS o FDPPIR.

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) repesallia por actividades realizadas

en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17FaxMail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; correo electrónico: program.intake@usda.gov.

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 personal autorizado de la audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando a SUPERINTENDENTE ASISTENTE, Oficina de Negocios Administrativos, P.O. Box 8000, Lompoc, CA 93438-8000, (805) 7423199.

ELIGIBILIDAD CONTINUA: La elegibilidad de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días escolares, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de elegibilidad continúa, su hijo pagará el precio completo por los alimentos, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de alimentos gratis o a precio reducido. El personal autorizado escolar no está obligado a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegibilidad.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, venganza o repesallia por actividades realizadas

en el pasado relacionadas con los derechos civiles (no todos los principios de prohibición aplican a todos los programas). La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.ascr.usda.gov/sites/default/files/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17FaxMail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de: correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; correo electrónico: program.intake@usda.gov.

PASO #4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE PERSONA ADULTA – 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: GRUPO ÉTNICO Y RAZA DE LOS NIÑOS** – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir alimentos gratis o a precio reducido. Marque las opciones apropiadas.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere que se proporcione la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba alimentos gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKS o FDPPIR u otra manera identificable de FDPPIR 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 es elegible para obtener alimentos gratis o a precio reducido y para la administración e implementación de los programas de almuerzos y desayunos. **SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA:** Comuníquese con el Departamento de Nutrición Escolar (Child Nutrition Services) al (805)742-3333. **SOMETHING IS APPLICACION:** Presente una aplicación completa en la escuela de su hijo o en la oficina de Nutrición Escolar, P.O. Box 8000, Lompoc CA 93438-8000. Se le notificará si su aplicación es aprobada o no aprobada para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

Atentamente, Hannah Carroll, MA, RDN, Directora, Departamento de Nutrición Escolar, LU