

Artículo 49557(a) del *Código de Educación* de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (federal National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

**PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)**

**Definición de miembro del hogar:**  
"Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".  
  
Los menores **bajo cuidado adoptivo temporal**, y los que cumplen con la definición de **sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	¿Estudiante?		Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			Sí	No		
			<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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todos los pertinentes

**PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?**

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)  CalFresh  CalWORKs  FDIPIR **Número de caso:** \_\_\_\_\_  
 Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

**PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)**

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**. La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

**A. Ingresos de los menores**  
En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)**  
Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos	¿Frecuencia						
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente			
	\$					\$					\$							
	\$					\$					\$							
	\$					\$					\$							
	\$					\$					\$							
	\$					\$					\$							
	\$					\$					\$							

Ingresos totales de los menores: \$ \_\_\_\_\_

¿Frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensualmente

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tiene SSN →

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto**

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono o correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario: \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marque una):  Hispano o latino  No hispano o latino | Raza (marque una o más):  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  Negro o afroestadounidense  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

**NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

Total Household Members:

Total Household Income:

How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Approved as:  Free  Reduced-Price  Paid (Denied) Reason: \_\_\_\_\_

Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway

Categorical  Error Prone

Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Verifying Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA DIVULGAR AL PROGRAMA CALFRESH LA INFORMACIÓN EN SU SOLICITUD DE COMIDAS

Estimado padre/tutor:

Su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido (Free and Reduced Price, F/RP) significa que su familia podría reunir los requisitos para participar en el programa de ayuda alimentaria CalFresh. CalFresh brinda ayuda mensual a los hogares con el fin de que compren los alimentos que necesiten para tener una nutrición adecuada. Al firmar este formulario, da su consentimiento para que el distrito de \_\_\_\_\_ (District) comparta la información que usted proporcionó en su solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh del condado de \_\_\_\_\_ (CalFresh Office) que es responsable de determinar la elegibilidad (beneficios) para el programa CalFresh. O si prefiere presentar su solicitud directamente y no proveer esta información, puede llamar al programa CalFresh al 1-877-847-3663 o presentar su solicitud en línea en <http://www.calfresh.ca.gov>.

**Tenga en cuenta que su participación en el programa CalFresh es voluntaria. No firmar este formulario no afectará la elegibilidad de su hijo o su participación en el programa de comidas escolares gratis o a precio reducido.**



Marque la casilla de arriba si desea solicitar beneficios de CalFresh para su familia.

¡Sí! Deseo que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh para que determine si mi familia reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh. Entiendo que la información que proporcione sólo se compartirá con la oficina de CalFresh.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario de consentimiento, consiento voluntariamente a permitir que el distrito comparta la información en mi solicitud de comidas escolares gratis o a precio reducido con la oficina de CalFresh, y reconozco que he leído toda la información en este formulario y que la entiendo.**

**Además, al dar mi consentimiento para este proceso, entiendo que la oficina de CalFresh me entregará una solicitud de CalFresh para determinar mi elegibilidad para CalFresh.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Si tiene preguntas acerca de este formulario o proceso, puede ponerse en contacto con Tina Constancio, Business Services al 530-644-4552 ext 268 o por correo electrónico en [tconstancio@caminoschool.org](mailto:tconstancio@caminoschool.org).**