

# PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. El Distrito Unificado de la Escuela Preparatoria El Dorado ofrece comidas saludables todos los días escolares. El desayuno cuesta **\$2.00**; el almuerzo cuesta **\$3.00**. Sus hijos pueden calificar para comidas gratuitas o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **\$.30** para el desayuno y de **\$.40** para el almuerzo. Este paquete incluye una solicitud para beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido, y una serie de detalladas instrucciones. A continuación hay algunas preguntas comunes y respuestas que les ayudarán con el proceso de solicitud.

## 1. ¿QUIÉN PUEDE CONSEGUIR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO?

- Todos los niños en hogares que reciban beneficios que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (CalFRESH), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o California Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKS), son elegibles para las comidas gratuitas.
- Los niños en adopción temporal que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal o de un juzgado son elegibles para las comidas gratuitas.
- Los niños que participando en el programa Head Start de su escuela son elegibles para las comidas
- Los niños que cumplen con la definición de desamparados, en fuga o migrantes califican para comidas gratuitas.
- Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, fugitivos, o migrantes son elegibles para comidas gratuitas.
- Los niños pueden obtener comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están dentro de los límites de las Directrices Federales sobre Elegibilidad en base a Ingresos. Sus hijos pueden cualificar para comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar están en o por debajo de los límites de esta tabla.

<b>TABLA FEDERAL DE INGRESOS DE ELEGIBILIDAD Para el Año Escolar 2018-2019</b>					
# de personas en el hogar	Anualmente	Mensualmente	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanalmente
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
7	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Por cada miembro de la familia adicional, sumen:	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

2. **¿COMO SE SI MI HIJOS CUALIFICAN COMO SIN HOGAR, MIGRANTES, O FUGITIVOS?** ¿A los miembros de su familia les falta una dirección permanente? ¿Permanecen juntos en un refugio, hotel, o en cualquier otra vivienda temporal? ¿Su familia se muda en una base estacional? Si creen que los niños de su hogar cumplen con estas descripciones y no se les ha dicho que sus niños tendrán comidas gratuitas, por favor, llamen o envíen un correo electrónico a : Servicios estudiantiles: **McKinneyVento Liaison: 530-622-5081 x7229 o 916-933-5165 x7229.**
3. **¿NECESITO RELLENAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO/A?** *No, Utilice una Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido para todos los estudiantes de su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de rellenar toda la información requerida. Entreguen la solicitud completada a: **Kelly Parker c/o EDUHSD 4675 Missouri Flat Rd. Placerville, CA 95667**
4. **¿DEBO RELLENAR UNA SOLICITUD SI RECIBO UNA CARTA ESTE CURSO ESCOLAR DICIENDO QUE MIS HIJOS Y A ESTAN APROBADOS PARA COMIDAS GRATUITAS?** No, pero por favor, lea la carta que recibió y siga las instrucciones. Si algún niño en su hogar habían desaparecido de su notificación de elegibilidad, el contacto: **Secretaria de nutrición c/o EDHUSD 4675 Missouri Flat Rd. Placerville, CA 95667 530-622-5081 x7234 o 916-933-5165 x7234.**
5. **¿PUEDO SOLICITAR "ON-LINE"?** ¡Si! Se les anima a completar una solicitud online en vez de una solicitud en papel si es posible. La solicitud online tiene los mismos requisitos y les pedirá la misma información que la solicitud en papel. Visiten

[www.eduhsd.net](http://www.eduhsd.net) para empezar o para saber más sobre el proceso de solicitud online. Contacten con: **Secretaría de nutrición 530-622-5081 x7234 o 916-933-5165 x7234** o si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.

6. **LA SOLICITUD DE MI HIJO/A FUE APROBADA EL CURSO PASADO. ¿NECESITO RELLENAR UNA NUEVA?** Sí. La solicitud de su hijo/a solo es válida para ese curso escolar y para los primeros días de este curso escolar, acabando el 16 de septiembre de 2018. Deben enviar una nueva solicitud a menos que la escuela les haya dicho que su hijo/a es elegible para el nuevo curso escolar. Si no envían una nueva solicitud que sea aprobada por la escuela, o no han sido notificados de que su hijo/a es elegible para comidas gratuitas, a su hijo/a se le cobrará el precio completo de las comidas.
7. **TENGO WIC. ¿PUEDEN MIS HIJOS OBTENER COMIDAS GRATUITAS?** Niños en hogares que participan en WIC podrían ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.
8. **¿LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ VERIFICADA?** Sí. También podremos pedirles que envíen prueba escrita de los ingresos del hogar que declaran.
9. **¿SI NO CUALIFICO AHORA, PUEDO HACER LA SOLICITUD MÁS ADELANTE?** Si, pueden hacer la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que queda sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso de los hogares cae por debajo del límite de ingresos.
10. **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISION DE LA ESCUELA SOBRE MI SOLICITUD?** Deben de hablar con los oficiales escolares. También pueden pedir una audiencia llamando o escribiendo a: **Bob Whittenberg c/o EDUHSD 4675 Missouri Flat Rd. Placerville, CA 95667 530-622-5081 x7227 o 916-933-5165 x7227**
11. **¿PUEDO HACER LA SOLICITUD SI ALGUIEN DE MI FAMILIA NO ES UN CIUDADANO DE LOS EE.UU.?** Si, Ustedes, sus hijos u otros miembros de la familia no tienen por qué ser ciudadanos de los EE.UU. para solicitar comidas gratuitas o a precio reducido.
12. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS?** Pongan la cantidad que reciben normalmente. Por ejemplo, si normalmente ganan \$1000 cada mes, pero perdieron trabajo el mes pasado y solo ganaron \$900, pongan que ganan \$1000 cada mes. Si normalmente hacen horas extra, inclúyanlo, pero no lo incluyan si solo trabajan horas extra a veces. Si han perdido un trabajo o les han bajado las horas o el salario, utilicen sus ingresos actuales.
13. **¿QUÉ PASA SI HAY ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE NO TIENE INGRESOS QUE DECLARAR?** Puede que haya miembros de la familia que no reciban los tipos de ingresos que les pedimos que declaren en la solicitud, o puede que no reciban ningún ingreso. Cuando esto ocurra, por favor, escriban un 0 en el campo. Sin embargo, si se deja vacío o en blanco algún campo de ingresos, también se contarán como ceros. Por favor, tengan cuidado al dejar campos de ingresos en blanco, ya que asumiremos que tuvieron la intención de hacerlo. .
14. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿DECLARAMOS NUESTROS INGRESOS DE MANERA DIFERENTE?** Sus pagas básicas y sus bonificaciones en efectivo deben de declararse como ingresos. Si tienen subsidios en efectivo por vivienda fuera de la base, alimentación o ropa, también deben de ser incluidos como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa para la Privatización de la Vivienda Militar, no incluyan el subsidio por vivienda como ingreso. Cualquier pago por combate adicional que resulte de una movilización también se excluirá de los ingresos.
15. **¿QUÉ PASA SI NO HAY ESPACIO SUFICIENTE EN LA SOLICITUD PARA MI FAMILIA?** Enumeren los miembros de la familia adicionales en una hoja de papel separada, y adjúntenla a su solicitud. Contacten con: **Secretaría de nutrición 530-622-5081 x7234 o 916-933-5165 x7234** para recibir una solicitud adicional.
16. **MI FAMILIA NECESITA MAS AYUDA. ¿HAY OTROS PROGRAMAS QUE PODAMOS SOLICITAR?** Para saber cómo solicitar CalFRESH u otras ayudas, contacten con su oficina de asistencia local: Oficina de Servicios Humanos del Condado de El Dorado @ **530-642-7300** o llamen a Servicios Sociales del Estado de California al **1-877-847-3663**.

Si tienen más preguntas o necesitan ayuda, llamen familia adicionales en una hoja de papel separada, y adjúntenla a su solicitud. Contacten con: **Secretaría de nutrición 530-622-5081 x7234 o 916-933-5165 x7234**

Sinceramente de EDUHSD

Dr. Ron Carruth  
EDUHSD Superintendente

**Año Escolar 2018-19 El Distrito Escolar El Dorado Unión High Solicitud de comidas gratis o a precio reducido con opción de CalFresh** llene una solicitud por hogar.

Lea las instrucciones que se incluyen con la aplicación sobre la forma de solicitud. Use un bolígrafo o pluma (no uso lápiz) Haga su solicitud en línea en [www.eduhsd.net](http://www.eduhsd.net). Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. Artículo 49557(a) del Código Educación de California. "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar a cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) no se les identificara abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

**PASO 1 – INFORMACION DEL ESTUDIANTE o MENOR DE EDAD:**

Los niños en hogares de crianza y niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrante o fugitivos son elegibles para recibir comidas gratis. Use una hoja de papel para nombres adicionales.

Escriba el nombre de cada estudiante que vaya a asistir a la escuela. (Nombre, inicial del Segundo nombre, apellido)	Escriba el nombre de la escuela y nivel de grado.	Fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla apropiada si el estudiante es				
<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>Escuela Primaria Lincoln</b>	<b>1st</b>	<b>12-15-2010</b>	Adoptivo Temporal	Sin Hogar	Migrante	Fugitivos
				<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: CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR**

Alguno de los miembros que viven en su casa (incluyéndose usted) en este momento participan en algunos de estos programas de asistencia? Si NO, omita el PASO 2 y complete el PASO 3. Si respondió que no > llene el PASO 3.

Ensi es SI, no complete el PASO 3, marque la casilla programa aplicable, introduzca un número de caso, y luego vaya al PASO 4.

CalFresh  
  CalWORKs  
  FDIPIR

Número de caso:

**PASO 3 – INFORME de INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS del HOGAR (Omita este paso si ha respondido afirmativamente en PASO 2)**

**A. Ingresos del estudiante o menor de edad:** a veces los estudiantes en el hogar obtienen ingresos. Por favor, incluya los ingresos totales obtenidos por todos los estudiantes anotados en el PASO 1 aquí. Reportar el ingreso total en dólares enteros gana antes de impuestos y deducciones: W = Semanal, 2W = quincenal, 2M = dos veces al mes, M = Mensual, Y = anual Ejemplo: Trabajo a tiempo parcial, seguridad social, o discapacidad.

**B. Todos los demás familiares (incluido usted):** Listar TODOS los miembros del hogar no aparece en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, informar el ingreso total de cada fuente únicamente en dólares enteros. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si introduce "0" o dejar ningún campo en blanco, se está certificando (prometedor) que no hay ingresos para reportar. Reportar todos los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones. Introduzca el periodo de pago correspondiente en la columna "Frecuencia" W = Semanal, 2W = quincenal, 2M = dos veces al mes, M = Mensual, Y = anual

Introduzca el nombre de todos los demás familiares (Nombre y Apellido)	Ingresos de trabajo	Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	Pensiones/publicación/todos los demás ingresos	¿Frecuencia?		¿Frecuencia?
				Ingresos totales de los menores	Ingresos totales de los menores	
	\$	\$	\$			
	\$	\$	\$			
	\$	\$	\$			
	\$	\$	\$			

Total de miembros del hogar (del PASO 1 Y PASO 3)

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

Marque la casilla si no tienen SSN

**NO COMPLETE: USO DE LA ESCUELA**

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

How Often?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Total Household Size

Approved:  Free  Reduced-price  Denied

Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Total Household Income

Categorical

Error Prone

**PASO 4 – Información de contacto y firma de un 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 o federales pertinentes".

Firma del adulto que complete este formulario:

Nombre en letra de molde del adulto que llene este formulario:

Fecha de hoy:  Teléfono:

Dirección (de existir)  No. de departamento:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Correo electrónico (opcional):

**OPCIONAL: Identidad étnica y racial de los menores**  
 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.

Raza (marque una o más)  
 Hispano o Latino  
  No Hispano o latino

Race (check one or more):  
 Indígena americano o nativo de Alaska  
  Asiático  
  Negro o afroamericano  
  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
  Blanco

**OPCIONAL – Consentimiento Para compartir esta la información con el Programa de beneficios de CalFresh** – Su participación en el programa de comidas escolares precio reducido significa que su familia podría ser elegible para el programa de asistencia de comida (CalFresh). CalFresh proporciona beneficios mensuales a los hogares para la compra de los alimentos que necesitan para mantener una nutrición adecuada. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para permitir que el Distrito Escolar El Dorado Unión High para compartir la información que proporciono en su solicitud de comidas gratis o a precio reducido con la Oficina del programa de comidas (CalFresh )del condado de El Dorado que es responsable de determinar la elegibilidad (beneficios) para el CalFresh programa. Si prefiere aplicar directamente y no intercambiar la información, puede llamar al programa de estampillas de comida CalFresh al 1-877-847-3636 o en línea en [www.calfresh.ca.gov](http://www.calfresh.ca.gov).

**Conforme al artículo 49558(d) del Código de Educación de California**

Una vez obtenido el consentimiento, esta solicitud o la información que contiene **solamente** se compartirán con la agencia local de CalFresh y **solo** para los fines relacionados directamente con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El padre o guardián del estudiante es el único que puede dar el consentimiento. En hogares de varias familias, el padre o guardián de cada estudiante debe firmar por sus propios hijos. **Negarse a dar consentimiento no afectará el cumplimiento de los requisitos de su hijo para el programa de comida gratis o a precio reducido.**

Marque esta casilla si usted es el padre o tutor de cada estudiante que figuran en el PASO 1 para su consentimiento para compartir esta aplicación como se ha indicado anteriormente. El padre o tutor deberá imprimir y firmar su nombre, e introduzca la fecha de hoy más adelante. Además, consintiendo en éste proceso, entiendo que la oficina de estampillas de comida me proporcionará una aplicación CalFresh para determinar la elegibilidad por CalFresh beneficios.

Imprimir el nombre del padre /guardián: \_\_\_\_\_ Firma del nombre del padre / guardián: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

En los hogares con múltiples familias, el padre o tutor de cada estudiante debe aprobar y firmar por su propio hijo(s). Para dar su consentimiento para compartir esta aplicación como se ha indicado anteriormente, el padre o tutor debe imprimir el nombre de su hijo, escribir su nombre, firmar su nombre, o introduzca la fecha de hoy más adelante.

Escriba el nombre del estudiante	Escriba el nombre del padre /guardián	Firma del nombre del padre /guardián	Fecha de hoy

**DECLARACION de INFORMACION**

The Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de los programas suplementar Nutrición Asistense Programa (CalFresh), Oportunidad de Trabajo de California y la responsabilidad de los niños (CaiWORKS). Los pagos de asistencia tutela parentesco (KinGAP), Programa de distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. .

**DECLARACION de no DISCRIMINACION** De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y 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 o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la 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 Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) mail: U.S. Departamento de Agricultura  
Oficina del Subsecretario de Civil  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Esta institución, el USDA y CDE son proveedores de igualdad de oportunidades**