

2019-2020 DISTRITO ESCOLAR SEQUOIAComplete la solicitud en el sitio: seq.org/food**Solicitud para familias para comidas gratis o a precio reducido**Llene una solicitud por vivienda. Imprima claramente en tinta **AZUL** o **NEGRA**. (No use lápiz).

*** Solo para el personal de SUHSD ***

Entered By:

Date:

Ref#:

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido se pueden entregar en cualquier día escolar. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

PASO 1

Anote a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12º grado (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)
Definición de miembro de la vivienda: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sean familiares." Los niños en cuidado de crianza y los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrante o fugitivo son elegibles para comidas gratuitas.

Escriba el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Escriba el nombre de la escuela y el grado escolar		Marque la casilla adecuada si el estudiante está bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.			
EJEMPLO: <i>Joseph P. Adams</i>	<i>7/30/2003</i>	<i>Sequoia HS</i>	<i>10th</i>	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

PASO 2**¿Algún miembro de su vivienda (usted incluido) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP (CalFresh), TANF o FDPIR?****NO** > Vaya al PASO 3**Si** > Escriba aquí un número de caso y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)**Número de caso:**

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3**Declarar los ingresos de TODOS los miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)**

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros de todos los estudiantes que se anataron en el PASO 1. Marque la casilla correspondiente en la columna "frecuencia": Semanal, Cada 2 Semanas, Dos Veces al mes, Mensual		Ingresos totales de los estudiantes		Frecuencia?			
		\$		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual
				☐	☐	☐	☐

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluyendo usted): Anote a TODOS los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia":

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS Miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	Frecuencia?				Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	Frecuencia?				Pensiones/retiro/jubilación Otros Ingresos	Frecuencia?			
		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

C. Total de miembros del hogar (Niños + adultos) _____

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar XXX - XX - ____ O Marque la casilla si NO tiene SSN ☐

PASO 4 INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

NECESARIO	Dirección: (si está disponible)	Ciudad :	Estado : CA	Código postal :	
	Teléfono durante el día :	Correo Electrónico :			
	Escriba ea nombre del adulto que firma el formulario :	Firma del adulto :		Fecha de hoy :	

OPCIONAL IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroestadounidense ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

OPCIONAL Permiso para compartir información con otros programas

Si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, también puede calificar para recibir otros beneficios. Debe darnos permiso para que compartamos el nombre de su hijo(s) y el estado de elegibilidad para la comida con el personal a cargo de otros programas escolares. Presentar una solicitud no califica automáticamente a su(s) hijo(s) para recibir otros beneficios. **IMPORTANTE:** Otros programas pueden requerir una prueba por separado de la calificación del estado de su comida. Si recibió una carta indicando su elegibilidad para comidas gratuitas o de precio reducido, guarde esa carta en un lugar seguro para futuras consultas.

☐ **NO - NO QUIERO** que la información de mi(s) hijo(s) sea compartida con otros programas escolares.

☐ **SÍ - SÍ deseo** que la información de elegibilidad de mi hija (s) se comparta con otros los programas escolares. (Marque cada programa en el que desea que se comparta la información)

☐ Programa de atletismo ☐ Exámenes (SAT, IB, Exención de cuotas) ☐ Pases de autobus (SamTrans) ☐ Eventos escolares

Envíe el formulario completo a:


**Sequoia UHSD
Meal Applications
480 James Ave
Redwood City, CA 94062**

La **ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442
correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.