

# CARTA A LOS HOGARES SOBRE EL PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL Y EL PROGRAMA DE DESAYUNO ESCOLAR PARA 2020-2021 DE MONTEREY PENINSULA UNIFIED SCHOOL DISTRICT (MPUSD)

Estimado padre, madre o tutor:

MPUSD participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por:

	Primaria	Secundaria	Reducido		Primaria	Secundaria	Reducido
<b>Desayuno</b>	\$2.00	\$2.25	\$3.00	<b>Almuerzo</b>	\$3.00	\$3.50	\$4.00

Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

## CARTA PARA LOS HOGARES SOBRE LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

**REQUISITOS:** Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

A partir del 1 de Julio de 2020 y hasta el 30 de junio de 2021			
Personas en hogar	Semanal	Mensual	Anual
1	\$ 454	\$1,968	\$23,606
2	\$ 614	\$2,658	\$31,894
3	\$ 773	\$3,349	\$40,182
4	\$ 933	\$4,040	\$48,470
5	\$1,092	\$4,730	\$56,758
6	\$1,251	\$5,421	\$65,046
7	\$1,411	\$6,112	\$73,334
8	\$1,570	\$6,802	\$81,622
Para cada miembro adicional del hogar añada:			
	\$ 160	\$ 691	\$ 8,288

**SOLICITUD DE LA ASISTENCIA:** No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no reúne los requisitos en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere llenar una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, llene una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

**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) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

**NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

**NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños

que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

**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 funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Associate Superintendent, MPUSD, P.O. Box 1031, Monterey, CA 93942 831-645-1269.

**PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE:** La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el periodo de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja,

llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the 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

## CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

**PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES** — Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a MPUSD. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla "Bajo cuidado adoptivo temporal". Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla "Sin hogar", "Migrante" o "Fugado del hogar" correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA** — Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sálese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** — Debe declarar los ingresos BRUTOS (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) Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud. Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.

B) Añote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.

C) Añote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla "NO tiene SSN".

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO** — 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: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** — Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas 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 FDIPIR u otro identificador de FDIPIR 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 reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

**SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Póngase en contacto con 831-392-3961.

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en 540 Canyon Del Rey, Del Rey Oaks, CA 93940. Se le notificará si su solicitud es aprobada o negada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**MONTEREY PENINSULA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA RECIBIR COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIOS REDUCIDOS 2020-2021**

<b>PARTE 1. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA</b>					Application # _____
Nombres de todos los niños (Apellido, Primer Nombre)	Nombre de la escuela de cada niño, o anotar "NA" si no asiste a la escuela	Cumpleaños	Grado	Hijo de Crianza-Marque si NO tiene ingresos	Error Prone <input type="checkbox"/> Eligibility: Free Reduced Denied Categorical Eligible: <input type="checkbox"/> Total Income: _____ Per: <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Year Household Size: _____ Official: _____ Date: _____ Verif Official: _____ Date: _____ Ending Elig: _____
				<input type="checkbox"/> \$	
				<input type="checkbox"/> \$	
				<input type="checkbox"/> \$	
				<input type="checkbox"/> \$	
				<input type="checkbox"/> \$	
				<input type="checkbox"/> \$	
<b>PARTE 2. BENEFICIOS</b>					Verif Official: _____ Date: _____ Ending Elig: _____
SI CUALQUIER MIEMBRO DE SU UNIDAD FAMILIAR RECIBE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS-CAL FRESH (SNAP), TANF ANOTE EL NOMBRE Y EL NUMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS. CAL FRESH(SNAP) __ FPIR __ CalWORKS(TANF) __ <b>NUMERO DE CASO</b> : _____ o DESAMPARADO __ o MIGRANTE __ o EN FUGA __					
<b>PARTE 3. INGRESOS TOTALES: Tiene que decirnos cuanto reciben en ingresos y con que frecuencia</b>					<b>PARTE 5:</b> IDENTIDADES ETNICAS Y RACIALES DE LOS NINOS (OPCIONAL) Elija un grupo étnico: ___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino Elija una o mas (independientemente del grupo étnico): ___ Asiático <input type="checkbox"/> Blanco ___ Negro o afroamericano ___ Amerindio ___ Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico ___ Nativo de Alaska
(S=Semanal, 2S=Cada dos semanas, 2M=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual)					
1. NOMBRE	2. INGRESOS BRUTOS Y CON QUE FRECUENCIA SE RECIBIERON				
Liste los miembros de la unidad familiar que tengan ingresos	Ingreso del trabajo antes de las deducciones	Beneficios publica, Ayuda económica para niños	Pensiones, jubilación, Beneficios del Seguro Social, VA	Ingresos de los estudiantes si el estudiante recibió	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
<b>PARTE 4. FIRMA Y ULTIMOS CUATRO DIGITOS DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR)</b>					
Si se llena la Parte 4, el adulto que firme el formulario también tiene que anotar los últimos cuatro dígitos de su numero de Seguro Social o bien marcar la casilla que dice "No tengo numero de Seguro Social". Certifico (prometo) que toda la información que indiqué en esta solicitud es verdadera y que declare todos los ingresos. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida y a mi se me podría procesar judicialmente. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Firme aquí: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Domicilio: _____ Numero de teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha: _____ Últimos cuatro dígitos del numero de Seguro Social: _____ <input type="checkbox"/> No tengo numero de Seguro Social <b>email:</b> _____					