

WOODLAND JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT

"Excellence for All"

**Board of Trustees**

Elaine Lytle, President  
Tico Zendejas, Vice President  
Morgan Childers, Clerk  
Sam Blanco III  
Michael Pyeatt  
Cirenio Rodriguez  
Tania Tafoya



**Food Services**

Spencer Springer, Director  
902 College Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 406-5955 Fax # (530)406-5959

District Website: [www.wjUSD.org](http://www.wjUSD.org)

Dr. María Armstrong, Superintendent

---

---

Distrito Escolar Unificado de Woodland 2015-2016

Carta a las familias acerca de la los Programas Nacionales de Desayuno Escolar y de Almuerzos Escolares

Estimado Padre / Tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **El Distrito Escolar Unificado de Woodland** ofrece comidas saludables todos los días de escuela. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo por **2.50 / 3.00** y / o desayuno por **1.50 / 1.75**. Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a un precio reducido de **0.40 centavos** para el almuerzo y / o **0.30 centavos** el desayuno. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

A continuación se presentan algunas preguntas y respuestas comunes para ayudar a determinar la elegibilidad del programa de comida de su hijo.

1. ¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO? No. **Utilice sólo una Solicitud Gratuita y de Precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.** No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a la escuela de su hijo.
2. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS? Todos los Niños que reciben beneficios de Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o Programa de Asistencia "Kinship" de Tutela y Pago (Kin-GAP) donde pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. Como también niños en hogares que reciben beneficios de estampillas de comidas gratis si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Elegibilidad de Ingresos.



Si usted ha recibido un AVISO de CERTIFICACION DIRECTA para comidas gratis, **no complete** la solicitud. Pero **informe** a la escuela si algún niño en su hogar no se enumera en el **Aviso de Certificación Directa** que recibió.

3. ¿LOS HIJOS DE CRIANZA TEMPORAL (adoptados) PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS? Sí, hijos de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia o tribunal son elegibles para recibir comidas gratis, pero su elegibilidad no se extiende a otros niños que no son de crianza temporal o adoptada que viven en el mismo hogar. Se anima a los hogares con hijos de crianza temporal o adoptados y con hijos que no son de crianza temporal o adoptados para completar una solicitud, ya los hijos de crianza temporal o adoptados pueden ser contados como miembro del hogar, lo que puede ayudar a los niños que no son de crianza temporal o adoptados de la familia adoptiva calificar para comidas gratis o a precio reducido basado en el tamaño del hogar y el ingreso.
4. ¿LOS NIÑOS SIN HOGAR, QUE SE FUERON DE CASA, PROGRAMA HEAD START, Y NIÑOS MIGRATORIOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS? Sí, los niños que cumplen la definición de sin hogar, que se fueron de casa, Programa Head Start, o migrantes califican para comidas gratuitas. Si usted cree que los

niños en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a la persona de enlace del Distrito Escolar Unificado de Woodland.

5. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS DE PRECIO REDUCIDO? Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar está dentro de los límites de precio reducido en la tabla de directrices de elegibilidad de ingresos, que se muestran en la última página del paquete de solicitud.
6. ¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE INDICA QUE MIS HIJOS FUERON APROBADOS PARA RECIBIR ALIMENTOS GRATIS? No, pero por favor, lea la carta que recibió detenidamente y siga sus instrucciones. Llame a la Oficina de Servicio de Alimentos (530-406-5955) si tiene alguna pregunta. (Continúa en la página siguiente)
7. LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD NUEVA? Sí, si quieres participar en el programa de comidas. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Si necesita una solicitud nueva, a menos que la escuela le haya dicho que su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precios reducidos para el nuevo año escolar.
8. YO RECIBO BENEFICIOS PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC); ¿PUEDEN MIS HIJOS RECIBIR ALIMENTOS GRATUITOS? Niños en hogares que participan en WIC **podrían** ser elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.
9. ¿LA INFORMACION QUE PROPORCIONE SERA REBISADA? Sí. También podemos pedirle que envíe una prueba escrita de sus ingresos y el intervalo en el que los recibe.
10. ¿SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUES? Sí, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que quedan 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 para precio reducido o gratis.
11. ¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD? Usted debe hablar con las autoridades escolares. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **Asistente del Superintendente, Departamento de Negocios, 435 6th Street, Woodland, CA 95695 530-406-3220.**
12. ¿PUEDO SOLICITAR AUNQUE ALGUIEN EN MI HOGAR NO SEA CIUDADANO AMERICANO? Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos americanos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
13. ¿A QUIENES PUEDO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI HOGAR? Usted debe incluir a todas las personas que viven en su hogar, parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo: las personas que usted no mantiene económicamente, personas que no comparten sus ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una parte proporcional de los gastos), no los incluya.
14. ¿QUÉ PASA SI MI INGRESO NO ES SIEMPRE EL MISMO? Anote la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$ 1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y ha hecho sólo \$ 900, por favor ponga en la solicitud que usted recibe \$ 1,000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalas, pero no las incluya si sólo ocasionalmente trabaja horas extras. Si usted ha perdido su trabajo o sus horas o su salario se redujo, utilice sus ingresos actuales.
15. NOSOTROS ESTAMOS EN EL SERVICIO MILITAR. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO PARA VIVIENDA COMO INGRESO? Si recibe un subsidio de vivienda fuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
16. MI CÓNYUGE ESTÁ DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGO DE COMBATE SE CUENTA COMO INGRESO EN NUESTRO HOGAR? No. Si el pago de combate es recibido en adición al pago básico por haber sido destinado a una zona de combate y no fue recibido antes de que lo mandaran, no incluyen el pago de combate como ingreso.

17. MI FAMILIA NECESITA AYUDA FINANCIERA ADICIONAL Y / O RECURSOS ¿HAY OTROS PROGRAMAS A LOS QUE PUEDO APLICAR? Para saber cómo solicitar estampillas de comida u otros beneficios de programas de asistencia, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame al **CalFresh Program Toll Free 1-877-847-3663 (FOOD)**

Si usted tiene una pregunta o necesita ayuda, por favor llame al **(530) 406-5955**

Sinceramente,

**Spencer Springer**

La Ley de Almuerzo Escolar Richard B. Russell Nacional requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Si usted está presentando una solicitud basada en los ingresos, debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando usted está solicitando para un hijo de crianza temporal; enumerar, CalWORKs, FDPIR, o Kin-GAP número de caso CalFresh u otro identificador FDPIR para su hijo; o indicar que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos la información del tamaño y los ingresos de los hogares para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, la represalia, y donde, creencias políticas, estado civil aplicable, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública o protegidos información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja al programa de Derechos Civiles de discriminación, complete el Formulario de Queja USDA Programa de Discriminación, que se encuentra en el internet, visitando: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina de USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo al Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, EE.UU. por fax 202-690-7442 o por correo electrónico al programa. [intake@usda.gov](mailto:intake@usda.gov).

Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse a USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al 800-877-8339 o 800-845-6136 (español).

El USDA y el CDE son proveedores de igualdad de oportunidades y los empleadores.

(continúa en la siguiente página)

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE ALMUERZO ESCOLAR

**NOTA: UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVA CON USTED.**

**SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CALWORKS, FDPIR, O BENEFICIOS KIN-GAP, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si la sabe).

**Parte 2:** Anote el número de caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que recibe estampillas de comida, CalWORKs, FDPIR, o beneficios KIN-GAP.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

**Parte 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Entregue la forma a la escuela **de su estudiante**.

**SI NADIE EN SU HOGAR RECIBE CALFRESH, CALWORKS, FDPIR, O BENEFICIOS KIN-GAP Y CUALQUIERA DE LOS NIÑOS EN SU CASA ES SIN HOGAR, EMIGRANTE O SE FUE DE CASA, O EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si la sabe). Si algún niño que está solicitando es sin hogar, emigrante en el programa Head Start, o se fue de casa, marque la casilla correspondiente y llame a la persona de enlace del Distrito Escolar Unificado de Woodland.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Véa instrucciones para todos los demás miembros.

**Parte 4:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios si no completó la Parte 3.

**Parte 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Entregue la forma a la escuela **de su estudiante**.

**SI SOLICITA EN NOMBRE DE UN HIJO DE CRIANZA TEMPORAL, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

- Si todos los niños en la casa son hijos de crianza temporal:

**Parte 1:** Anote todos los nombres de los hijos de crianza temporal y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla para indicar cada hijo de crianza temporal.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Salte esta parte.

**Parte 4:** Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

**Parte 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Entregue la forma a la escuela **de su estudiante**.

- Si algunos de los niños en la casa son hijos de crianza temporal:

**Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si la sabe). Para cualquier persona que no recibe ningún ingreso, incluidos los niños, tiene que marcar la casilla "No Ingresos". Marque la casilla para indicar cada hijo de crianza temporal. Si algún niño que está solicitando es sin hogar, emigrante, en el programa Head Start, o se fue de casa, marque la casilla correspondiente. Si tiene preguntas llame a su escuela.

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Véa instrucciones para todos los demás miembros.

**Parte 4:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tienen uno).

**Parte 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Entregue la forma a la escuela **de su estudiante**.

**EL RESTO DE LA FAMILIA, INCLUYENDO LOS QUE RECIBEN WIC, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:**

**Parte 1:** Enumere todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si la sabe). Para cualquier persona que no recibe ningún ingreso, incluyendo a los niños, tiene que marcar la casilla "No Ingresos". Si algún niño que está solicitando es sin hogar, emigrante, en el programa Head Start, un hijo de crianza temporal o que se ha ido de casa, marque la casilla correspondiente. (Continúa en la siguiente página)

**Parte 2:** Salte esta parte.

**Parte 3:** Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Nombre:** Enumere todos los miembros del hogar **con** ingreso.
- **Los ingresos brutos y con qué frecuencia se recibe:** Por cada miembro del hogar con ingresos, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Usted debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero-semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensual.
  - **Ganancias del trabajo bruto (antes de deducciones):** Asegúrese de anotar el ingreso bruto, no el salario neto (después de impuestos). El ingreso bruto es la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Usted puede encontrarlo en su talón de pago o su empleador le puede decir.
  - **Los ingresos recibidos de la asistencia pública, sustento de menores, o pensión alimenticia:** Anote la cantidad que cada persona recibió.
  - **Los ingresos recibidos del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de veteranos, beneficios de jubilación o beneficios por discapacidad:** Anote la cantidad que cada persona recibió.
  - **Otros Ingresos:** Lista de compensación por, desempleo o beneficios de huelga de los trabajadores, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y cualquier otro ingreso. No incluya los beneficios de WIC, educación federal y pagos por adopción recibidos por la familia de la agencia de colocación. **Sólo** para trabajadores por cuenta propia, bajo **Ganancias del Trabajo**, declare los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja, o propiedad de alquiler. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe paga de combate, no incluya esas colaboraciones como ingresos.

**Parte 4:** Un adulto debe firmar la solicitud y anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (o marcar la casilla si no tienen uno).

**Parte 5:** Conteste esta pregunta si lo desea.

Entregue la forma a la escuela **de su estudiante**.

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

Pautas de Elegibilidad de Ingresos  
Julio 1, 2015 – Junio 30, 2016

Miembros del Hogar	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanalmente
1	\$ 21,775	\$ 1,815	\$ 908	\$ 838	\$ 419
2	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
<b>Por cada miembro de familia adicional sumar:</b>	\$ 7,696	\$ 642	\$ 321	\$ 296	\$ 148

Departamento de Educación de California

Programa de Nutrición Escolar

División de Servicios de Nutrición

(REV. 1/2015)

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WOODLAND 2015-2016**

**Solicitud para Recibir Alimentos Gratis o a Precio Reducido**

**(\*\*POR FAVOR USE TINTA NEGRA O AZUL Y ESCRIBA CLARO EN LOS ESPACIOS INDICADOS\*\* Llene UNA Solicitud por casa- POR AMBOS LADOS)**

**Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DE CASA**

Lista de **TODOS** los miembros de casa.

Nombre completo (Nombre, inicial, apellido)	Nombre de escuela de cada estudiante (Escriba "N/A" si no está en la escuela)	Marque "X" si el estudiante es de crianza temporal, sin hogar, migrante, se fue de casa, o está en el programa Head Start.  <b>Por cada estudiante que sea de crianza temporal, sin hogar, migrante, se fue de casa, o está en el programa Head Start, pase hasta la Parte 5.</b>					Marque "X" en el cuadro a continuación para cada niño SIN ingresos.
		Crianza Temporal	Sin Hogar	Migrante	Se Fue de Casa	Programa Head Start	

**Parte 2. BENEFICIOS**

Si algún miembro de casa recibe Programa CalFresh, Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o Programa de Asistencia "Kinship" de Tutela y Pago (Kin-GAP), proporcione el nombre y número del caso en la parte inferior y **pase hasta la Parte 4. Si nadie recibe estos beneficios, pase a la Parte 3.**

Nombre completo del miembro de la casa	Marque uno	Escriba el número del caso del beneficiario (No escriba el número de la tarjeta EBT)
1.	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP	
2.	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP	
3.	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP	
4.	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP	
5.	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP	

**Parte 3. TOTAL DE LOS INGRESOS BRUTOS DE CASA (ANTES DE LAS DEDUCIONES)**

Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que lo recibe. Marque "X" en la columna de la frecuencia con que se recibe. Registre cada ingreso sólo una vez.

Nombre completo (Lista <b>SOLO</b> de los miembros de casa que reciben ingresos)	Ingreso de trabajo (antes de deducciones)	Escriba el ingreso bruto (cantidad total antes de impuestos o deducciones) y la frecuencia con que se recibe.				Welfare, manutención de los hijos, pensión alimenticia					Seguridad de Ingreso Suplementario, Seguro Social, veteranos o invalidez					Todos los demás ingresos (tales como las prestaciones por desempleo)					
		Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces por mes	Mensual		Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces por mes	Mensual	

**Parte 4. FIRMA Y LOS CUATRO ULTIMOS NUMEROS DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE DE SER FIRMADO POR UN ADULTO)**

Un adulto debe firmar la solicitud. **Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar el "No tengo un número de Seguro Social".** (Ver Declaración en la parte posterior de esta página.)

**Sección del Código de Educación de California 49557 (a): Las solicitudes para comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el horario escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares NO se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos, o líneas a la hora de servir; entradas o zonas de comedor separada; o por cualquier otro medio.**

*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que proporcione. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo puede ser compartido según lo permitido por la ley.*

Nombre del Adulto (letra de imprenta):	Firma del Adulto:	Fecha:
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Numero de Teléfono:	Correo Electrónico:	
Cuatro Últimos Números del Seguro Social: XXX-XX- ____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> Yo no tengo Numero de Seguro Social	

**Parte 5. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL (OPCIONAL)**

Nombre completo del Niño/a	Seleccione uno	Seleccione uno o más (independientemente de su identidad étnica)
1.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
2.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

3.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
4.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
5.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

**NO COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

Ingresos anuales: x Semanal 52, cada dos semanas x 26, dos veces al mes x 24; Mensual x 12

Total de Miembros en Casa: \_\_\_\_\_ Total del Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_ Por:  Semana  Cada Dos Semanas  Dos Veces al Mes  Mensual  Anual

Solicitud Aprobada Basada en:

- Gratis en base a:
- CalFresh
- CalWORKs
- FDPIR
- Kin-GAP
- \_\_\_\_\_

- Precio Reducido en Base a:
- Ingreso Total de Casa

Solicitud Negada Basada en:

- Ingreso Total de Casa muy Alto
- Solicitud Incompleta

Firma del Oficial que Determinó: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Certificado Directamente como:  Sin Hogar  Migrante  Se Fue de Casa  Head Start

- Ingreso Total de Casa
- \_\_\_\_\_

Confirmación de la Firma del Oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- Ingreso de Cero

- Hijo/a de Crianza Temporal Solamente
- \_\_\_\_\_

Verificación de la Firma del Oficial: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



