

¿Por qué debo completar Free and Reduced Priced Meals Application de Orcutt Union School District (OUSD)

FINANCIACIÓN ESCOLAR

Si todos completan el formulario, [insert district name] recibirá la financiación necesaria para darles a todos los estudiantes la mejor educación posible.



COMIDAS ESCOLARES

Completando el formulario ayudará al programa de comidas escolares de nuestro distrito.



FINANCIACIÓN PARA TECNOLOGÍA

OUSD recibe más financiación para acceso a internet y computadoras.



DESCUENTOS PARA SOLICITUDES UNIVERSITARIAS

Si su hogar califica, puede recibir descuentos para las tarifas de solicitud.



DEPORTES

Si su hogar califica, puede recibir descuentos en las tasas asociadas con los deportes en OUSD.



DESCUENTOS PARA EXÁMENES SAT, ACT, Y AP

Si su hogar califica, puede recibir descuentos para los pruebas académicas.



UTILIDADES

Al completar esta forma le puede ayudar a reducir sus facturas de servicios e internet.

<https://www.mymealtime.com/Apps>



¿Tiene preguntas? Por favor contacte a
Marianne 805-938-8926
Or mheuchert@Orcutt-schools.net

Año escolar 2022-2023

ORCUTT UNION SCHOOL DISTRICT

Solicitud para comidas gratis y a precio reducido: Programa Estatal de Comidas

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. También puede hacer su solicitud en línea en WWW.mymealtime.com Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. **Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. 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 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre apellido)	Escuela	Grado	Marque la casilla pertinente si el estudiante está bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.			
			Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
EJEMPLO: Joseph Adams	Lincoln Elementary	5th	<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 FPIR ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKS o FPIR? Si contestó **NO**, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó **SÍ**, marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4. **Anote el número de caso:**

CalFresh CalWORKS FPIR

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó ‘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 los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:
S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos totales de los estudiantes	Frecuencia
\$	

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido 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 campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:** **S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3) Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) Marque la casilla si no tiene SSN

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (NO LLENAR. PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

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

Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size Eligibility Status: Free Reduced-price Paid (Denied)

Verified as: Homeless Migrant Runaway

Determining Official’s Signature: _____ **Date:** _____

Confirming Official’s Signature: _____ **Date:** _____

Verifying Official’s Signature: _____ **Date:** _____

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

firma del adulto que firma esta solicitud:

imprimir nombre: _____

Fecha: _____ **número de teléfono:** _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ **Expresar:** _____ **Código Postal:** _____

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

rigen 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 otro isla del Pacífico Blanco

escolar 2022-2023, Carta para Familias de Comidas Gratuitas o de Precio Reducido (California Universal Meals)

Querido Padre o Tutor: El Distrito Escolar Unido de Orcutt participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o el Programa de Desayuno Escolar. En el Distrito Escolar Unido de Orcutt, todos los estudiantes recibirán comidas nutricionales gratuitas todos los días. Los programas de comida en los que participamos son fundados por reembolsos federales y estatales que se basan en el ingreso del hogar y elegibilidad. Aunque las comidas son gratuitas, se alienta a las familias a completar una aplicación de comidas. La información recaudada en la aplicación de comida asegura que nuestras escuelas reciban los fondos adecuados y puedan ofrecer a su familia beneficios adicionales como tarifas con descuento. Se agradece mucho su cooperación. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para comida gratuita. Si hay más miembros del hogar que número de líneas en la aplicación, pague adjunto una segunda aplicación. SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA: Póngase en contacto con Child Nutrition Office 805-938-8926

Total de miembros del hogar	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 25,142	\$ 2,096	\$ 1,048	\$ 967	\$ 484
2	\$ 33,874	\$ 2,823	\$ 1,412	\$ 1,303	\$ 652
3	\$ 42,606	\$ 3,551	\$ 1,776	\$ 1,639	\$ 820
4	\$ 51,338	\$ 4,279	\$ 2,140	\$ 1,975	\$ 988
5	\$ 60,070	\$ 5,006	\$ 2,503	\$ 2,311	\$ 1,156
6	\$ 68,802	\$ 5,734	\$ 2,867	\$ 2,647	\$ 1,324
7	\$ 77,534	\$ 6,462	\$ 3,231	\$ 2,983	\$ 1,492
8	\$ 86,266	\$ 7,189	\$ 3,595	\$ 3,318	\$ 1,659
Por cada miembro adicional de la familia agregue	\$ 8,732	\$ 728	\$ 364	\$ 336	\$ 168

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. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al 805-938-8926 para obtener ayuda.

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 sí 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 Sandy Knight, Orcutt Union School District, 500 Dyer St, Orcutt CA 93455. **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 período 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.

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. 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 ALGUN 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, sátese 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. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

1. 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.

2. 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.

3. Anote 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.

4. Anote 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.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en 500 Dyer St, Orcutt CA 93455 or email to mheuchert@orcutt-schools.net. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido. SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA: Póngase en contacto con Child Nutrition Office 805-938-8926

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.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El Formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de: correo: Departamento de Agricultura de EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Avenida Independencia, S.W. Washington, DC 20250-9410; o fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o Email: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.