

(Place school district or agency name and address here)

Pricing/Non-Pricing Letter (Spanish Translation)

CARTA A LOS HOGARES SOBRE EL PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL Y EL PROGRAMA DE DESAYUNO ESCOLAR PARA 2005-06

Estimados Padre o Tutor:

El Distrito Escolar/La Agencia Leadership Public Schools toma parte en el Programa de Almuerzo Escolar pueden Nacional y/o en el Programa de Desayuno Escolar. Comidas están servidas todos los días de escuela. Estudiantes comprar el almuerzo por \$3.50 y el desayuno por \$2.25. Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a precio reducido de \$.40 para el almuerzo y \$.30 para el desayuno.

- Si usted ahora recibe beneficios de estampillas para comida, Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad Hacia Los Niños (CalWORKs), Kinship Guardianship Assistance Payments (Kin-GAP), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), su niño puede recibir comidas gratis.
- Si el total de los ingresos de su hogar es igual o menos del nivel indicado en la escala de ingresos abajo, su niño puede recibir comidas gratis o a precios reducidos. Hogar significa un grupo de parientes o no parientes, individuos viviendo como una unidad económica y que comparten los gastos de subsistencia. Gastos de vivienda incluye renta, ropa, comida, gastos médicos y gastos de utilidades.
- Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte puede recibir comidas gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta los ingresos del hogar.

COMO SOLICITAR

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos para su niño(s), llene la adjunta **Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precios Reducidos**, firmela, y regrésela a la escuela lo más pronto posible. La solicitud no puede ser aprobada al menos que contenga información completa sobre la elegibilidad.

HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR— Si ahora recibe beneficios de estampillas para comida, CalWORKs, o FDPIR para su niño(s), escriba el nombre de cada niño y el número del caso de las estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. **UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR TIENE QUE FIRMAR LA SOLICITUD EN LA SECCIÓN C.**

NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER) O INSTITUCIONALIZADOS — Utilice una solicitud por cada niño adoptivo (foster) o institucionalizado que está bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia publica o de la corte.

Escriba el nombre del niño adoptivo (foster) o institucionalizado y la escuela particular que el niño atiende. Si el niño adoptivo (foster) o institucionalizado recibe ingreso para uso personal, apunte la cantidad del ingreso. "Ingreso para uso personal" es (a) dinero recibido de la oficina de asistencia publica identificado por categoría para el uso personal del niño, tal como ropa, cobros de escuela, y otras cantidades permitidas; y (b) cualquier otro dinero que el niño recibe, tal como dinero de su familia y dinero que proviene del trabajo del niño, ya sea el trabajo de tiempo completo o de tiempo parcial regular.

El padre adoptivo o un oficial de la agencia tiene que firmar la solicitud en la **Sección C.**

Llene la Sección A, "ingreso de hogar" con todos los miembros y ingresos del hogar escritos, si un niño vive con parientes o amigos y aunque este bajo la responsabilidad legal de la corte.

HOGARES DE TODO OTRO TIPO DE INGRESOS (Sueldos, salarios, pensiones, etc.) — Si no indica un número de caso para las estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para cada estudiante en la solicitud, tiene que hacer lo siguiente:

- Escriba los nombres de todos los niños y las escuelas que atienden
- Escriba los nombres de los otros niños quienes no atienden a ninguna escuela
- Escriba los nombres de todos los adultos (21 años o mayores) y otros miembros del hogar, la cantidad que cada uno recibió el mes pasado, y el origen del ingreso
- Escriba el número de seguro social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud o la palabra "ninguno" si el adulto no tiene un número de seguro social

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud.

*Un hogar de una sola persona consiste de uno niño adoptivo, un niño institucionalizado, o un estudiante que se sostiene a sí mismo.

GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES

1 de Julio de 2009 - 30 de Junio de 2010

Personas En Hogar	Cada Dos				
	Anual	Mensual	Quincenal	Semanas	Semanal
1*	\$ 20,036	\$ 1,670	\$ 835	\$ 771	\$ 386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317

Para cada miembro adicional del hogar añada:

\$ 6,919 \$ 577 \$ 289 \$ 267 \$ 134

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA-siglas en inglés), prohíbe a esta organización la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

INGRESO ACTUAL — La cantidad de ingresos que cada miembro del hogar recibió el *mes pasado*, antes de deducciones, el origen de los ingresos, tal como salarios/sueldos, asistencia pública, pensiones, y otros ingresos. Si alguna cantidad del *mes pasado* era más o menos que lo normal, escriba la cantidad mensual normal o proyecte el ingreso anual. Para calcular el ingreso mensual: **semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2.**

INGRESOS PARA REPORTAR

<p style="text-align: center;">INGRESOS DE TRABAJO</p> <p>Sueldos/Salarios/Propinas, Beneficios de Huelgas, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingreso neto de negocio propio o rancho</p>	<p style="text-align: center;">ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO</p> <p>Pagos de Ayuda Pública, Asistencia de Divorcio/Ayuda Económica Para Niños</p>	<p style="text-align: center;">PENSIONES JUBILACIÓN SEGURO SOCIAL</p> <p>Pensiones, Ingreso Complementario de Seguro, Pagos de Jubilación, Seguro Social</p>	<p style="text-align: center;">OTROS INGRESOS</p> <p>Beneficios de incapacidad, Dinero sacado de la cuenta de ahorros, Intereses/Dividendos, Ingresos de Herencia/ Fideicomiso/Inversiones, Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar, Ingresos netos de derechos de autor, anualidades, alquileres, O cualquier otro ingreso</p>
---	---	---	--

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR) — Hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir comidas o leche gratis. EL FDPIR esta autorizado por la Sección 4(b) del Acta de Estampillas de Comida de 1977. Bajo esta sección, hogares elegibles pueden optar por participar en el programa de estampillas para comida o en el FDPIR. Como los hogares tienen la opción de participar en cualquiera de los dos programas, hogares de FDPIR han sido determinados de recibir los mismos beneficios categóricos como los hogares que reciben estampillas para comida.

NUMERO DE SEGURO SOCIAL — La solicitud tiene que tener el numero de seguro social del adulto que firma. Si el adulto no tiene un numero de seguro social, escriba "ninguno" o alguna otra cosa para indicar que el adulto no tiene un numero de seguro social. Si anotó un numero de caso de estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para el niño, o si la solicitud es para un niño adoptivo (foster), un numero de seguro social **no** es necesario.

SOLICITANDO BENEFICIOS — Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero su ingreso baja, pierde su trabajo, o el numero de personas en su hogar aumenta, entonces puede llenar otra solicitud.

VERIFICACIÓN — La información en la solicitud puede ser comprobada por oficiales de la escuela en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir comprobantes de su ingreso, o elegibilidad actual para estampillas para comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Refiérase a la solicitud para una explicación más detallada.

COMIDAS PARA INCAPACITADOS (PERSONAS CON LIMITACIONES) — Si piensa que su niño requiere una dieta especial o necesita sustituir algún alimento o modificar la textura de alguna comida a causa de una incapacidad o impedimento, favor de ponerse en contacto con la escuela. Un niño con una discapacidad o limitación tiene derecho a una comida especial sin precio adicional si la discapacidad le impide al niño comer la comida regular de la escuela.

PARTICIPANTES EN WIC — Si recibe usted beneficios bajo el Programa de Nutrición para Mujeres y Niños Infantiles — mejor conocido como el Programa WIC, su niño **puede** ser elegible para comidas gratis o a precios reducidos. Se le recomienda llenar una solicitud y devolverla a la escuela para procesar.

SIN DISCRIMINACIÓN — Niños que reciben comida gratis o a precios reducidos tienen que ser tratados en la misma manera que los niños que pagan precio completo por sus comidas.

AUDIENCIA IMPARCIAL — Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a su solicitud o con el resultado de la verificación, puede discutirlo con la escuela. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Una audiencia imparcial se puede solicitar llamando or escribiendo al siguiente oficial escolar:

Soo Zee Park
Leadership Public Schools
2601 Mission Street, 9th Floor
San Francisco, CA 94110
PH: 415.695.0669, ext. 241

CONFIDENCIALIDAD — Información sobre él numero de personas en la familia, los ingresos del hogar, y él numero de seguro social permanecerá confidencial y no se divulgará por ningún motivo. La información que usted provee determinará la elegibilidad de su niño(s) para recibir comidas gratis or a precios reducidos y para verificar la elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en llenar la solicitud, favor de ponerse en contacto con:

La escuela le avisara cuando su solicitud sea aprobada o negada para comidas gratis o a precios reducidos.

SECCIÓN A: Información del Estudiante/Niños: Incluye TODOS los niños que asisten a la escuela y los que no.

Apellido	Nombre Primero	Escuela (N/A, Ninguna)	El Número del Caso	Nombre del Beneficiario: FS, CalWORKS, Kin-Gap, or FDP/IR	Ingreso del Estudiante/Niño, si alguno (Incluye how much and how often)
(Ejemplo) Taylor	Sandra	Escuela de ABC			\$ 253.32 / por el año
1					\$ /
2					\$ /
3					\$ /
4					\$ /
5					\$ /

Si usted entrara un número del caso por Food Stamp, CalWORKS, Kin-GAP, or FDP/IR por CADA niño en Sección A, no llene Sección B, y siga con la Sección C.

Si la solicitud está por un niño quien está sin hogar, migrante, o fugitivo, apunte la caja apropiada y póngase en contacto con la escuela: Sin Hogar Migrante Fugitivo

Si la solicitud está por un niño quien está bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte (niño foster), entrara el ingreso personal del niño y siga con la Sección D.

SECCIÓN B: Los Miembros Adultos del Hogar y Ingreso: Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar, y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado o proyecte su ingreso normal del mes. Escriba "0" si no recibe ingreso.

Nombre Adulto	Compro ha caja si no ingreso	Ganancias brutas con trabajo (Antes de deducciones) Incluye todos trabajos	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de Welfare, Ayuda Económica para niños, Asistencia de divorcio o adopción	Cualquier otro ingreso	Total Ingresos Brutos - Usted debe incluir cuanto y con que frecuencia
(Ejemplo) Loretta Taylor	<input type="checkbox"/>	\$ 769.22 / cada dos semanas	\$ 0.00	\$ 350.72 / mensual	\$ 0.00	\$ 769.22 / cada dos semanas
1	<input type="checkbox"/>	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2	<input type="checkbox"/>	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3	<input type="checkbox"/>	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4	<input type="checkbox"/>	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /

SECCIÓN C: Identidades Étnicas y Raciales de Niños (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales: Asiático Blanco Indígena Americano o Nativo de Alaska Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o Islajeiro Pacífico

2. Apunté un identidad étnico: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico

SECCIÓN D: TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales, que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud, y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUE LLENA ESTA

Fecha _____ Escriba su número de Seguro Social (SS#) No tengo un SS#

IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA SOLICITUD

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Sección 495657(a) del Código de Educación de California: La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación. Declaración del Acta de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información para sí no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usará el número de Seguro Social de su hijo para Alimentos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (CAMP), por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tiempo es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros FODRIMOS compare su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a esos programas a evaluar, financiar, o determinar beneficios con autoridades que revisan programas, y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas. *"Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad."*

OFFICE USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION

Free Reduced Denied Categorically Free w/ FS, CalWORKS, Kin-GAP, or FDP/IR

Direct Certified as: H M R EP YR Track

Temporary Free, Expiration Date: / / (Expires 45 days from this date)

HSHLD Size: _____ HSHLD Annual Income: \$ _____

Determining Official: _____ Date: _____ 2nd Review Official: _____ Date: _____ Verification Official: _____ Date: _____

Annual Income conversion: Multiply weekly x 52; Every two weeks x 26; twice monthly x 24; Monthly x 12; Do not round. Compare this result to the income eligibility guidelines.