

Si NO desea solicitar beneficios de alimentos, marque la casilla y llene los PASOS 1 y 4

UTILICE SÓLO TINTA NEGRA y ESCRIBA CLARAMENTE
(instrucciones están en la parte posterior)

APLICAR EN LINEA AHORA @
www.myschoolapps.com

PASO 1 ANOTE SOLAMENTE A LOS ALUMNOS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE LAUSD Y CENTROS DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
Si necesita más espacio para nombres adicionales, favor de adjuntar una hoja adicional.

Fecha de nacimiento			Nombre	I	Apellido	Nombre de la Escuela	Niño en Hogar de Crianza	Migrante o Huyo de Hogar
M	M	D D A A						
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudiantes sin hogar
Comuníquese con la Oficina de Servicios para Estudiantes sin Hogar al 213-202-7581

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?:

CaWORKs/ CalFresh, TANF, or FDPIR

Si es afirmativo, escriba su # de CASO abajo

El # del Caso SIEMPRE comienza con una letra NO LISTE SU # DE TARJETA EBT

A veces los niños en el hogar tienen ingresos. Por favor incluir el total de ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en PASO 1 Si no tiene ingresos escriba "0"

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

de Caso:

PASO 3 **TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR** Anote a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluya a los bebés y usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Si un ingreso es recibido por cualquier persona en la lista, reporte la cantidad total recibida por cada fuente, únicamente en dólares. Si no reciben ingresos de ninguna fuente escriba "0". Si escribe "0" o lo deja en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar.

Escriba los nombres de los otros miembros del hogar		Ingresos del empleo				Prestación social/manutención				Pagos de pensión, jubilación o seguro social			
Nombre	I Apellido	Con qué frecuencia?				Con qué frecuencia?				Con qué frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Ultimos cuatro dígitos del número del Seguro Social del adulto que firma esta solicitud

NO TENGO un Número de Seguro Social (Marque el cuadro)

SI SE INTRODUCE UN NÚMERO DE CASO OMITA EL PASO 3 Y VAYA AL PASO 4

Identidad étnica/racial de los niños (opcional)

Marque una o más identidades raciales:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afro - Americano
- Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Asiático
- Blanco

Marque una identidad racial:

- De Origen Latino o Hispano
- No de Origen Latino o Hispano

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REC'D.

HS H INC

F R NE

REVIEWER DATE

Fecha de Hoy

Firma del miembro adulto de la familia listado arriba

Nombre (con letra de molde) del adulto que firmó esta solicitud

correo electrónico (opcional)

Instrucciones para llenar la solicitud del programa de alimentos

Usted puede llenar una solicitud en línea en la página web www.myschoolapps.com.

Si **NO** desea solicitar beneficios de comida, marque la casilla (la casilla **NO DESEO** aplicar) y llene los PASOS 1 y 4.

4 Maneras de llenar la Solicitud para los Beneficios de Alimentos:

Recuerde de firmar la Solicitud para los Beneficios de Alimentos y envíe inmediatamente por correo la solicitud en el sobre proporcionado a la Oficina de Servicios para la Alimentación o entregarla a la cafetería de la escuela.

1. Hogares que reciben los beneficios de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR – Llenar SOLAMENTE el 1º Paso, 2º Paso y 4º Paso

1º Paso – Liste todos los estudiantes que asisten a escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar. Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre, apellido y nombre de la escuela, marque la casilla si es niño en hogar de crianza, migrante, huyo del hogar o estudiante sin hogar.

2º Paso – Escriba el número del caso de CalFresh, de CalWORKs, o de FDPIR que recibe.

4º Paso – El adulto del hogar que está llenando el formulario **DEBERÁ** firmar la solicitud, escribir en letra de molde su nombre y apellido y poner la fecha. No se requiere su dirección y número de teléfono pero son de ayuda si tuviéramos preguntas y no pudiéramos diligenciar su solicitud. No se requiere el número del Seguro Social.

2. Hogares SOLAMENTE con NIÑOS DE HOGAR DE CRIANZA – Llenar el 1º Paso y 4º Paso

1º Paso – Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre y apellido; marque la casilla niño en hogar de crianza. Introduzca el ingreso del niño si hay, **NO** incluya el pago recibido por el cuidado de niños en hogar de crianza, esto no se considera ingreso. Estudiantes en hogar de crianza pueden ser incluidos en la misma solicitud, junto con otros estudiantes.

4º Paso – En una solicitud de sólo niño/s en hogar de crianza sólo la firma del miembro adulto del hogar que completó la solicitud es necesaria, escriba su nombre y la fecha.

3. Hogares que incluyen tanto NIÑOS EN HOGAR DE CRIANZA y OTROS ESTUDIANTES – Llenar el 1º Paso, 3º Paso y 4º Paso

1º Paso – Liste la fecha de nacimiento, el nombre y apellido tanto de hijo de crianza y otros estudiantes que asisten a las escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar.

3º Paso – Agregar el resto de los miembros del hogar (incluido usted). Para cada miembro del hogar en la lista, informe el ingreso total de cada fuente y marque la casilla correcta de **con qué frecuencia**. Siguiente, enumere los miembros totales del hogar y **los últimos 4 números del seguro social de la persona que firma la solicitud o indicar que no tienen uno marcando la casilla "No tengo un número de seguro social"**.

4º Paso – Firme y escriba su nombre en el formulario y escriba la fecha.

4. Hogares que presentan la solicitud con base en los INGRESOS – Llenar SOLAMENTE el 1º Paso, 3º Paso y 4º Paso

>>>FAVOR DE COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA HOGAR<<<

1º Paso – Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre, apellido de cada estudiante que asisten a escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar. Introduzca los ingresos totales obtenidos por todos los estudiantes listados en el 1º PASO e ingrese el TOTAL en los espacios debajo de los nombres de los estudiantes. Si no hay ingresos, escriba "0".

3º Paso – Agregar el resto de los miembros del hogar (incluido usted). Liste el ingreso de cada miembro del hogar por fuente, marque la casilla correcta de **con qué frecuencia** **O** deje casilla de ingresos en blanco si no hay ingresos. Siguiente, enumere los miembros totales del hogar y **los últimos 4 números del seguro social de la persona que firma la solicitud o indicar que no tienen uno marcando la casilla "No tengo un número de seguro social"**.

4º Paso – El adulto del hogar que está firmando la solicitud **DEBERÁ** estar listado en el 3º paso. Firme y escriba su nombre en el formulario y escriba la fecha.

Escriba con letra clara. El formulario de solicitud se escaneará

> Escriba en letras mayúsculas y **USE TINTA NEGRA**

no

> Si necesita más espacio, utilice el espacio siguiente

> Si requiere más renglones, adjunte una hoja que contenga la información del alumno.

Código de Educación de California – Artículo 49557(a): Las solicitudes para alimentos gratuitos o a precios reducidos pueden entregarse en cualquier momento de la jornada escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán destacados mediante fichas, vales, o filas del bufete especiales, entradas y áreas de comedor separadas, o ninguna otra medida.

Declaración de la Ley para la Privacidad: Ley Nacional de Almuerzos Escolares (Artículo 9) exige que, salvo que se proporcione el número de caso para CalFresh, CalWORKs, o FDPIR que se le otorgue a su niño, incluya el número de seguro social del adulto en el hogar que firma la solicitud, o indicar que dicho adulto no tiene un número de seguro social. **NO** es obligatorio proporcionar un número de seguro social pero, la solicitud no podrá ser aprobada sin dar un número de seguro social o sin indicar que la persona que firma no tiene un número. El número del seguro social se podrá utilizar para identificar al miembro del hogar al tratar de verificar si la información proporcionada en la solicitud es correcta. Estas gestiones de verificación se podrán llevar a cabo mediante revisiones del programa, auditorías e investigaciones; y podrían incluir contactar al empleador para determinar los ingresos, al Departamento Estatal de Empleos (Employment Development Department) o las oficinas locales de beneficios sociales (welfare) para determinar el monto de los beneficios recibidos, y verificar la documentación presentada por los miembros del hogar a fin de aprobar el monto de ingresos recibidos. El proporcionar información incorrecta podría acarrear como consecuencia la pérdida o reducción de los beneficios del programa que recibe el hogar, o reclamos administrativos y/o demandas contra los miembros del hogar.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

(2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.