

Estimado Padre o Guardianes:

De conformidad con la Sección 49550 del Código de Educación, Eagle Collegiate Academy servirá almuerzos nutritivos todos los días escolares a los niños que califiquen. Los niños de hogares * cuyos ingresos son iguales o inferiores a los que se muestran en la Escala de ingresos brutos a continuación son elegibles para recibir comidas gratis. Si no cumple con los criterios, pero aún necesita ayuda, complete la solicitud adjunta y envíela por correo electrónico a eaglecollegiate@gmail.com. **Las solicitudes de comidas NO son solo para comidas, también pueden ayudar a AUMENTAR los fondos de la ECA.**

La información que proporcione es confidencial y se utilizará únicamente con el fin de determinar la elegibilidad para recibir comidas gratuitas. Se revisará su solicitud y es posible que se le pida que proporcione más documentación de sus ingresos. Dentro de diez días hábiles, la escuela le informará si califica o no. Si no está de acuerdo con la decisión, es posible que desee discutirla con Servicios Estudiantiles. Si desea revisar la decisión más a fondo, tiene derecho a una audiencia imparcial. Esto se puede hacer llamando o escribiendo:

Eagle Collegiate Academy
 PO BOX 803234 Santa Clarita,
 CA 91390 Tel (661) 347 6016

En ciertos casos, los niños de crianza también son elegibles para estos beneficios. Si tiene hijos adoptivos que viven con usted y desea solicitar comidas gratis para ellos, por favor indíquelo en este formulario.

Si hay un cambio en los ingresos de su familia debido a razones como el empleo o un cambio en su tamaño de la familia, por favor contáctenos. Este cambio podría afectar la elegibilidad de su hijo para recibir comidas gratis.

Para postularse, complete el formulario a continuación y devuélvalo a eaglecollegiate@gmail.com

ESCALA DE ELEGIBILIDAD DE CALIFORNIA PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

July 1, 2021-June 30, 2022

| TAMAÑO DEL HOGAR | ESCALA DE INGRESOS BRUTOS | | |
|---|---------------------------|----------|-----------|
| | Semanalmente | Mensual | Anual |
| 1* | \$ 322 | \$1,396 | \$ 16,744 |
| 2 | \$ 436 | \$ 1,888 | \$ 22,646 |
| 3 | \$ 549 | \$ 2,379 | \$ 28,548 |
| 4 | \$ 663 | \$ 2,871 | \$ 34,450 |
| 5 | \$ 776 | \$ 3,363 | \$ 40,352 |
| 6 | \$ 890 | \$ 3,855 | \$ 46,254 |
| 7 | \$1,003 | \$ 4,347 | \$ 52,156 |
| 8 | \$1,117 | \$ 4,839 | \$ 58,058 |
| Por cada adicional miembro del hogar agregar: | \$ 114 | \$ 492 | \$ 5,902 |

* Por ejemplo, un hogar de uno significa un alumno que es su único sustento y un hogar de dos podría ser un padre soltero y un hijo. Los niños institucionalizados son siempre hogares de un miembro.

Los niños de crianza son hogares de un miembro solo si la agencia de bienestar / colocación mantiene responsabilidad por el niño. Hogar significa un grupo de personas emparentadas o no emparentadas que viven como una unidad económica.

Eagle Collegiate Academy
SOLICITUD DE ALMUERZO GRATIS Y REBAJADO
2021-2022

Para solicitar el programa de almuerzo gratis, complete este formulario, adjunte declaraciones de ganancias y devuélvalo a eaglecollegiate@gmail.com

I. TODOS LOS HOGARES COMPLETAN ESTA SECCIÓN

| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / NIÑO | | | CUPÓN DE ALIMENTOS (FS), AFDC O BENEFICIOS FDPPIR | HIJO ADOPTIVO | |
|-----------------------------------|---------------|-------|---|---------------|---|
| Apellido | Primer nombre | Grado | SÍ/NO Si la respuesta es Sí, ingrese el FS, AFDC, o Caso FDPPIR núm. | SÍ/NO | If es Sí, escriba del niño mensual personal utilizar ingresos |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

II. MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS MENSUALES: (SI INGRESÓ UN CUPÓN DE ALIMENTOS, AFDC O FDPPIR NÚMERO DE CASO PARA CADA NIÑO, PASE A LA SECCIÓN III.)

Enumere todos los miembros adultos del hogar, así como los padres que comparten la custodia compartida, e indique la cantidad y la fuente del INGRESO MENSUAL que recibió cada adulto durante el último mes. Si alguna cantidad del mes pasado fue mayor o menor que habitual, introduzca los ingresos mensuales habituales. **ADJUNTE ESTADOS DE GANANCIAS DEL ÚLTIMO MES DE TODAS FUENTES MENCIONADAS A CONTINUACIÓN DE ESTE FORMULARIO.**

| Apellido | Primer nombre | Ingresos brutos del trabajo (antes de deducciones) incluir todos los trabajos | Pensión, Jubilación, Seguridad Social | Prestaciones sociales, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia Pagos | Cualquier otro Ingreso mensual | Total mensual Ingreso |
|----------|---------------|---|---------------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------|
| 1 | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| 2 | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| 3 | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| 4 | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

III. TODOS LOS HOGARES LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

Sección 49557 (a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratuitas o de precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán identificados abiertamente por el uso de fichas especiales, boletos especiales, servicio especial, líneas, entradas separadas, comedores separados o cualquier otro medio.

Declaración de no discriminación: de acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, matrimonio estado, estado familiar / parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos para la presentación de recursos y quejas varían según el programa o incidente.

Personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (p. Ej., Braille, letra grande, cinta de audio, American Sign Idioma, etc.) deben comunicarse con la Agencia responsable o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta todos los información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

(1) correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles

1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Declaración de la Ley de Privacidad: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares (Sección 9) requiere que, a menos que se proporcione el número de caso de cupones de alimentos, AFDC o FDPIR de su hijo, debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o indicar que el hogar El miembro que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. La provisión de un número de seguridad social no es obligatoria, pero si no se proporciona un número de seguridad social o no se hace una indicación de que el firmante no tiene dicho número, la solicitud no puede ser aprobada. El número de seguro social puede usarse para identificar al miembro del hogar al realizar esfuerzos para verificar la exactitud de la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de revisiones de programas, auditorías e investigaciones y pueden incluir contactar a los empleadores para determinar los ingresos, beneficios, contactar a la oficina estatal de seguridad del empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la documentación producida por los miembros del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se reporta información incorrecta.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de fondos federales; que los funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a un proceso judicial según las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario

Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social

Fecha

Nombre en letra de imprenta _____ Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección de residencia _____ Ciudad _____ Código postal _____