

Berkeley Unified School District

COMUNICADO DIRIGIDO A LAS FAMILIAS SOBRE EL PROGRAMA DE DESAYUNO Y ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL PARA 2005-2006

Estimados Padres de Familia o Tutores:

El Distrito Escolar/La Agencia _____ participa en el Programa de Desayuno y/o Almuerzo Escolar Nacional. Se sirven comidas todos los días del calendario escolar. Los estudiantes pueden comprar el almuerzo por \$_____ y el desayuno por \$_____. Los estudiantes que son elegibles para este programa, pueden recibir comidas gratis o al precio reducido de \$_____ para el almuerzo y \$_____ para el desayuno.

- Si usted está recibiendo estampillas para comida, está participando en el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los niños (CalWORKs), o en el programa de ayuda financiera para los parientes o tutores que tienen a su cargo la crianza de niños, conocido en inglés por las siglas (KinGAP), o en el Programa de Distribución de Alimentos para las Reservas Indígenas (FDPIR), su niño podría ser elegible para recibir comidas gratis.
- Si el total de los ingresos de su hogar es igual o menos del nivel indicado en la escala de ingresos que le facilitamos, su niño podría recibir comidas gratis o a precios reducidos. La palabra "hogar" se debe interpretar como un grupo de personas con o sin parentesco que viven como un solo núcleo económico y que comparten los gastos de subsistencia. Entre estos gastos se cuentan la renta, la ropa, la comida, los gastos médicos y los gastos de servicios públicos..
- Un niño adoptivo (foster) que esté bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia pública o de la corte podría recibir comida gratis o a precio reducido sin tomar en cuenta los ingresos del hogar.

COMO SOLICITAR

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

A LOS HOGARES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, CalWORKs, KinGAP, 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, KinGAP, o FDPIR. Complete las secciones A y C. **UN MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR TIENE QUE FIRMAR LA SOLICITUD.**

NIÑOS ADOPTIVOS (FOSTER) O INSTITUCIONALIZADOS—Utilice una solicitud para cada niño adoptivo (foster) o institucionalizado que está bajo la responsabilidad legal de la agencia de asistencia pública o de la corte. Escriba el nombre del niño adoptivo (foster) o institucionalizado y de la escuela particular a la que el niño asiste. Si el niño adoptivo (foster) o institucionalizado recibe ingresos para uso personal, apunte la cantidad del ingreso. "Ingreso para uso personal" es (a) dinero recibido de la Oficina de Asistencia Pública identificado por categoría para el uso personal del niño, tal como ropa, gastos relacionados con la escuela, y otros gastos permitidos; 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 de trabajo de tiempo completo o de tiempo parcial regular.

Complete las secciones A y C. El padre adoptivo o un oficial de la agencia tiene que firmar la solicitud pero no se requiere el número de seguro social.

OTRO TIPO DE INGRESOS EN EL HOGAR (Sueldos, salarios, pensiones, etc.)—Si no indica un número de caso para las estampillas para comida, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR para cada estudiante incluido en la solicitud, tiene que proveer la siguiente información:

- Escriba los nombres de todos los otros niños de edad escolar y de las escuelas a las que asisten.

- Escriba los nombres de todos los otros niños que no asisten a la escuela.
- Escriba los nombres de todos los adultos (mayores de 21 años) y de 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 que firma la solicitud o la palabra "ninguno" si el adulto no tiene número de seguro social.

La solicitud debe completarse con los datos de todos los miembros del hogar y sus respectivos ingresos, así como también con información de algún menor que esté viviendo con familiares o amigos a consecuencia de tutela dativa o sin ella.

Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la solicitud.

GUÍA DE INGRESOS ELEGIBLES
Copia de Solicitante
1 de Julio de 2005 - 30 de Junio de 2006

Personas en hogar	Cada Dos Semanas				
	Anual	Mensual	Quincenal	Semanas	Semanal
1*	\$ 17,705	\$ 1,476	\$ 738	\$ 681	\$ 341
2	\$ 23,736	\$ 1,978	\$ 989	\$ 913	\$ 457
3	\$ 29,767	\$ 2,481	\$ 1,241	\$ 1,145	\$ 573
4	\$ 35,798	\$ 2,984	\$ 1,492	\$ 1,377	\$ 689
5	\$ 41,829	\$ 3,486	\$ 1,743	\$ 1,609	\$ 805
6	\$ 47,860	\$ 3,989	\$ 1,995	\$ 1,841	\$ 921
7	\$ 53,891	\$ 4,491	\$ 2,246	\$ 2,073	\$ 1,037
8	\$ 59,922	\$ 4,994	\$ 2,497	\$ 2,305	\$ 1,153

Para cada miembro adicional del hogar añade:

\$ 6,031 \$ 503 \$ 252 \$ 232 \$ 116

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

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 incapacidad 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.

Spanish Final Version Letter to Household 05-06 Revised 6-6-05

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 fue más o menos de la normal, escriba la cantidad mensual normal o calcule el ingreso anual. Para calcular el ingreso mensual: semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2.

REPORTE DE INGRESOS

INGRESOS DE TRABAJO

Sueldos, salarios, propinas, beneficios por huelgas, compensación de desempleo, compensación de trabajadores, ingreso neto de negocio propio o rancho.

ASISTENCIA PÚBLICA, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO

Pagos de ayuda pública, asistencia de divorcio/ayuda económica para Niños.

PENSIONES JUBILACIÓN SEGURO SOCIAL

Pensiones, ingreso complementario de seguro, pagos de jubilación, seguro social.

OTROS INGRESOS

Beneficios por 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.

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVAS INDÍGENAS (FDPIR)

—Los hogares que participan en el FDPIR ahora son categóricamente elegibles para recibir comidas o leche gratis. EL FDPIR está autorizado por la Sección 4(b) de la Ley de Estampillas de Comida de 1977. Bajo esta sección, los 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, se ha determinado que los hogares de FDPIR reciban los mismos beneficios categóricos que los hogares que reciben estampillas para comida. Complete las secciones A y C.

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

SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE ALIMENTOS

—Puede solicitar beneficios cuando quiera durante el año escolar. Si no es elegible ahora pero su ingreso baja, pierde su trabajo, o el número de personas en su hogar aumenta o si es elegible para recibir Estampillas Para Comida, CalWORKs, Kin-Gap o FDPIR, entonces puede llenar otra solicitud.

VERIFICACIÓN

—La información en la solicitud puede ser verificada 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, KinGAP, o FDPIR. Consulte la Ley de Privacidad en la solicitud para una explicación más detallada.

ALIMENTOS 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 incapacidad o limitación tiene derecho a una comida especial sin precio adicional si su incapacidad le impide comer la comida regular de la escuela.

PARTICIPANTES DE WIC

— Si Usted recibe actualmente beneficios bajo el Programa Especial de Nutrición Suplemental para Mujeres, Infantes y Niños— mejor conocido como el Programa WIC, su niño/niña **puede** ser elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido. Lo animamos a completar una aplicación y regresarla a la escuela para procesarla.

NO DISCRIMINACIÓN

—Los niños que reciben comida gratis o a precios reducidos tienen que ser tratados de 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 o escribiendo al siguiente oficial escolar:

NOMBRE: Marni Posey

DOMICILIO: 1720 Oregon Street, Berkeley, CA. 94703

TELÉFONO: 510.644.4598

SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDI-CAL (SECCIÓN OPCIONAL)

Usted no necesita completar la sección opcional para solicitar o recibir alimentos escolares gratis o a precio reducido. Si su niño es elegible para recibir alimentos escolares gratis, podría también ser elegible para recibir beneficios de Medi-Cal. Puede solicitar los beneficios de Medi-Cal completando la sección opcional y las preguntas en la solicitud de alimentos escolares. Si su niño resulta elegible para recibir alimentos gratis y el padre o tutor ha dado su consentimiento por escrito, la solicitud será enviada al programa de Medi-Cal. Un representante de Medi-Cal se comunicará con usted para obtener más información para poder determinar la elegibilidad de su niño para recibir beneficios de Medi-Cal. Su niño podría también calificar para una cobertura temporal para su salud mientras se determina su elegibilidad para Medi-Cal. El programa de Medi-Cal puede ponerse en contacto con la escuela para que la escuela le ayude a llenar la solicitud. Si su niño no es elegible para beneficios completos, sin costo de Medi-Cal, podríamos mandar su solicitud a los programas de bajo costo de seguro de salud, **Healthy Families o Healthy Kids** para determinar si son elegibles para esos programas.

El estado de ciudadanía /migratorio de su niño así como también el de su número de seguro social será requerido para que su niño reciba beneficios completos de Medi-Cal. Los niños que no puedan obtener un número de seguro social podrían ser elegibles para recibir servicios limitados de Medi-Cal y/o seguro de salud del programa **Healthy Kids**.

CONFIDENCIALIDAD

—Cualquier información incluida en la solicitud NSLP/SBP es confidencial y no será divulgada sin su consentimiento por ningún motivo. Uno de los padres o tutores podría darnos su consentimiento por escrito para compartir los datos de la solicitud con Medi-Cal, **Healthy Families y Healthy Kids**. Medi-Cal empleará esta información con el único propósito de determinar si su niño es elegible para recibir los beneficios de Medi-Cal y para la administración del programa y para contactar la escuela para pedir que les ayuden en el proceso de completar la solicitud de Medi-Cal. Si es aplicable, los programas de **Healthy Families o Healthy Kids** emplearán esta información con el único propósito de determinar si su niño es elegible para esos programas.

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

NOMBRE: Cassandra Powell

DOMICILIO: 1720 Oregon Street, Berkeley, CA 94703

TELÉFONO: 510.644.6200

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

Sinceramente, Marni Posey