

# SANTA CLARITA VALLEY SCHOOL FOOD SERVICES AGENCY

25210 Anza Drive, Santa Clarita, California 91355 Ph (661)295-1574 Fax (661)295-0981

Estimado Padre/ Guardián:

Los niños necesitan comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar/La Agencia **Santa Clarita Valley School Food Services (SCVSFSA)** toma parte en el Programa de Almuerzo Escolar Nacional y/o en el Programa de Desayuno Escolar. Comidas están servidas todos los días de escuela. Estudiantes pueden comprar el almuerzo por **\$3.00** y el desayuno por **\$1.50**. Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a precio reducido de **\$0.40** para el almuerzo y **\$0.00** para el desayuno. Estudiantes pueden comprar leche por \$ 0.50. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para alimentos gratis a precio reducido.

A continuación se presentan algunas preguntas comunes y respuestas para ayudar a determinar la elegibilidad de su niño:

1. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. **Utilice solamente una aplicación para alimentos gratuitos o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar.** No podemos aprobar una aplicación que no está completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida.
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Todos los niños en hogares que reciben beneficios de (CALFRESH), California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CALWORKS), programa de distribución de alimentos en reservaciones indias (FDPIR), o parentesco tutela asistencia y programa de pagos (KIN-GAP) pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratis si su ingreso bruto de está dentro de los límites de la elegibilidad del ingreso federal
3. **SI USTED HA RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para alimentos GRATUITOS, NO llene la solicitud.**
4. **¿NIÑOS DE CRIANZA PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Sí, Niños de crianza (FOSTER) que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza son elegibles para las comidas gratis, pero su elegibilidad de comida no se extiende a otros niños No de Crianza que viven en el mismo hogar. Los hogares con niños de crianza son alentados a completar una Solicitud porque niños de crianza pueden ser considerados como un miembro del hogar, que puede ayudar a los niños No de Crianza de la familia adoptiva a calificar gratis o comidas a precio reducido basadas en el tamaño del hogar e ingresos.
5. **MI APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO COMPLETAR UNA NUEVA?** Sí, La Aplicación de su hijo sólo sirve para este año escolar y para los primeros días próximo año escolar. Es necesaria una nueva solicitud, a menos que la escuela le dijo que su hijo es elegible para comidas gratis/reducidos para el año escolar.
6. **¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO?** Sí. También posiblemente le pidamos que envíe una prueba de ingreso y el intervalo en el que usted lo recibe.
7. **¿QUÉ PASA SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD?** **Usted debe de hablar con un funcionario de la escuela. Usted también puede pedir una audiencia llamar o escribir a: Lynnelle Grumbles, PhD, RDN, SNS, Chief Executive Officer, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 ext. 103**
8. **RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA (WIC); ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños de hogares que participan en WIC pueden calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.
9. **¿PUEDO SOLICITAR ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO AUNQUE NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** SI, Ni usted ni sus Hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar.
10. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LO MISMO?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajo parte del tiempo y solo gano \$900, ponga aun que gana regularmente e \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas. de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
11. **¿A QUIENES DEBO DE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su hogar, aunque sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos) **que compartan los Ingresos y los gastos.**
12. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS LO QUE RECIBIMOS "SUBSIDIO DE VIVIENDA" COMO INGRESOS?** Si usted recibe Subsidio de vivienda fuera de la base, usted debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar no lo incluya. No incluya la cantidad que recibe de paga de combate como ingresos.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame a SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 ext108 866-224-2076 ext.108

[www.scvschoolnutrition.org](http://www.scvschoolnutrition.org)

Sinceramente,

*Dr. Lynnelle Grumbles*  
Jefe Ejecutivo Principal

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

NO ACEPTAMOS COPIAS DE LA APLICACIÓN O APLICACIONES MANDADAS VIA FAX.

[www.scvschoolnutrition.org](http://www.scvschoolnutrition.org)

**NOTA: UN MIEMBRO DE SU HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.**

**SI SU HOGAR RECIBE CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR O KIN-GAP BENEFICIOS, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**SECCIÓN A:** Liste todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Liste el número del caso para cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que recibe beneficios de CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR o KIN-GAP.

**SECCIÓN B:** Ignore esta parte.

**SECCIÓN C:** Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

**SECCIÓN D:** Responda solo si lo desea.

**SI CUALQUIER NIÑO ESTA SIN HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**SECCIÓN A:** liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Si usted está solicitando para un niño Desamparado, Migrante, en Head Start, o un Fugitivo Marque la casilla apropiada y llame a su escuela, enlace sin hogar o Fugitivo, Head Start o Coordinador de migrantes.

**SECCIÓN B:** Vea las instrucciones para demás los hogares o escriba 0 si no tiene ingresos.

**SECCIÓN C:** Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

**SECCIÓN D:** Responda solo si lo desea.

**SI QUE ESTÁ SOLICITANDO PARA UN NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER CHILD), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

• Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza temporal:

**SECCIÓN A:** liste todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla para indicar niño Foster.

**SECCIÓN B:** Ignore esta parte.

**SECCIÓN C:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

**SECCIÓN D:** Responda solo si lo desea.

• Si Solo algunos de los niños en el hogar son hijos de crianza Temporal: **SECCIÓN A:** Liste de todos los niños del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona que no recibe ingresos, incluyendo a los niños; debe escriba "0" si no tiene ingreso. Marque la casilla para indicar cada Niño de crianza (Foster).

**SECCIÓN B:** Complete solamente si un niño en su hogar no es elegible bajo la Sección A. Vea las instrucciones para todos los hogares.

**SECCIÓN C:** Miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

**SECCIÓN D:** Responda solo si lo desea.

**PARA LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:**

**SECCIÓN A:** liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier

Persona que no reciba ingresos, incluyendo los niños, debe escribir "0" si no tiene ingreso.

**SECCIÓN B:** Siga estas instrucciones para declarar los ingresos recibidos durante el mes pasado.

**Liste:** todos los miembros del hogar.

**Ingresos Brutos** y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos con cual frecuencia recibe el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

**Para declarar ingresos por trabajo** asegúrese de anotar el Ingreso bruto, no el dinero que lleva a la casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones.

**Ingresos provenientes de:** beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones de jubilación, seguro social, seguro suplementario (SSI), beneficios de veteranos y beneficios por discapacidad: Liste la cantidad por cada persona recibida.

**Todos los demás ingresos:** anoten compensación a trabajadores los beneficios por desempleo o huelga. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDIPIR, WIC, Para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de los gastos. Eso se refiere a su negocio. Si usted está en la iniciativa de vivienda militar privatizada o recibe paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

**SECCIÓN C:** Miembro adulto del hogar debe Firmar la solicitud y liste de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

**SECCIÓN D:** Responda solo si lo desea.

## Guia de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2017–Junio 30, 2018

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 22,311	\$ 1,860	\$ 930	\$ 859	\$ 430
2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 7,733	\$ 645	\$ 323	\$ 298	\$ 149

\* Un hogar de uno significa un niño Foster, un niño en cuidado fuera del hogar o un estudiante que es su único apoyo.

**Se le notificará por la escuela cuando su solicitud para alimentos gratis o a precio reducido sea aprobada o negada. Conserve la carta de elegibilidad para sus registros.**

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, la religión, la represalia, y donde, creencias políticas, estado civil aplicable, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o protegerse la información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las prohibiciones se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo.) Si usted desea presentar una queja programa de Derechos Civiles de la discriminación, completar el Formulario de Queja USDA Programa de Discriminación, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, Estados Unidos, por fax (202) 690 a 7442 o al correo electrónico [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador igualitario."