



## Orchard School Cafeteria

If you were approved for Free or Reduced meals last year, you must complete a new application before September 25, 2019. If a new application is not received, your child(ren) will be removed from the eligibility program on September 26, 2019. If you need any assistance, please stop by the Cafeteria or District Office. Families submitting applications for the first time or after September 25, 2019 must pay full price for meals until their application is processed.

**Paper applications are available in school office or cafeteria.**

Si fueron aprobados de forma gratuita para comidas el año pasado, usted debe entregar una nueva solicitud antes de 25 de septiembre de 2019. Si no se recibe una nueva aplicación, su hijo se eliminará del programa de elegibilidad el 26 de septiembre de 2019. Si necesita cualquier ayuda, por favor llame al Departamento de servicios. Las familias que presenten solicitudes por primera vez o después del 25 de septiembre de 2019 debe pagar el precio completo de las comidas hasta que su solicitud sea procesada.

**Si desea llenar una aplicación en papel, esas todavía están disponibles en las oficinas de la escuela.**

### **Meal Prices / Precios de la comida**

#### **Breakfast/Desayuno**

**Paid/Pagado - \$1.75    Reduced/Reducido - \$ .30**

#### **Lunch/Almuerzo**

**Paid/Pagado - \$3.25    Reduced/Reducido - \$ .40**



# Save \$\$\$

## MORE SAVINGS

If your family is approved for the Free and/or Reduced Meal Program You May Also Qualify for Other Discounts and Benefits:

- \*Comcast Internet Services
- \*Lifeline Telephone Service
- \*CARE—Home Energy/Gas Discount
- \*WRAP—Home Water Bill Discount
- \*Afterschool Programs

Don't forget to fill out a Free/Reduced Meal Application and You May Be Able to Save Up to \$900.00 annually

Make Payments to your student's meal account online!! With [family.titank12.com](http://family.titank12.com), you can add money to your student's meal account using a Visa, Mastercard or Discover (credit or debit). Other abilities include online history or your student's meal activity, and low-balance email alerts. These abilities are free to the parent!



Child Nutrition Services Department  
921 Fox Lane - San Jose, CA 95131  
(408) 944-0388

This institution is an equal opportunity provider.



**School Year 2019–20 Orchard School District Application for Free and Reduced-Price Meals** Complete one application per household.

Please read the instructions on how to apply. Print clearly with a pen. This institution is an equal opportunity provider.

**California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.**

**STEP 1 – STUDENT INFORMATION**

Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless, Migrant, or Runaway** are eligible for free meals.

Print the name of <b>EACH STUDENT</b> (First, Middle Initial, Last)	Enter <b>school name and grade level</b>		Enter <b>student's birthdate</b>	Check the applicable box if the student is <b>foster, homeless, migrant, or runaway.</b>				
	<b>EXAMPLE: Joseph P Adams</b>	<b>Lincoln Elementary</b>		<b>1st</b>	<b>12-15-2010</b>	Foster	Homeless	Migrant
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR**

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDIPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If <b>YES</b> , check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	Select Program Type:	Enter Case Number:
	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	

**STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'YES' in STEP 2)**

**A. STUDENT INCOME:** Sometimes students in the household earn income. Enter the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Total Student Income	How Often
\$	

**B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself):** List **ALL** household members not listed in STEP 1, even if they do not receive income. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Print the name of <b>ALL OTHER</b> Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

**C. Total Household Members** (Children and Adults)   **D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member**     **Check the box if NO SSN**

**STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE**

Certification: I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Signature of adult completing this application:	
Print Name:	
Date:	Phone Number:
Mailing Address:	
City:	State:    Zip:
E-mail:	

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY	
How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	Total Household Income \$
Total Household Size <input type="text"/> <input type="text"/>	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied) <input type="checkbox"/> Categorical
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Error Prone
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES
We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.
<b>Ethnicity (check one):</b> <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<b>Race (check one or more):</b> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White

**2019-2020 Solicitud para Alimentos gratis o a precio reducido del Distrito Escolar de Orchard** Llene una solicitud por familia

Lea las instrucciones incluidas con la aplicación de cómo aplicar. Por favor imprimir y utilizar una pluma. También puede solicitar en línea en ezmealapp.com. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. *Código de Educación de California* Sección 49557(a): "Las solicitudes para alimentos gratis o a precio reducido podrán entregarse en cualquier momento del día escolar. Los niños participando en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no deberán ser identificados públicamente con premios/filas especiales, entradas o comedores separados ni de ninguna otra manera".

**PASO 1 – INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Entre el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que atendera la escuela (Primer, Inicial Segundo Nombre, Apellido)	Entrar en nivel de grado y nombre de la escuela		Ingrese fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla aplicable si el estudiante es:			
<b>Ejemplo: Joseph P Adams</b>	<b>Lincoln Elementary</b>	<b>1st</b>	<b>12-15-2010</b>	Baja Cuidado adoptivo Temporal	Sin Hogar	Migrante	Fugado del hogar
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs, or FDPIR**

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR?

Si contestó **NO**, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó <b>SÍ</b> , marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4.	<b>Select Program Type:</b> <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	<b>Anote el número de caso:</b>
---	---	---------------------------------

**PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

**PASO 3 DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)**

<b>INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:</b> En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos <b>BRUTOS TOTALES</b> (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. <b>Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual.</b>	Ingresos totales de los estudiantes	<b>Frecuencia</b>
	\$	

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

<b>Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual</b>						
Escriba el nombre del resto de los miembros del hogar (Primer y Apellido)	Ingresos del Trabajo	Frecuencia	Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia	Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

<b>Todos Los Miembros del hogar</b> (Niños y Adultos)	D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar	<b>Marque aquí si no tiene SSN</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Adulto que Llenó esta Forma:	
Nombre del Adulto que Llenó esta Forma:	
Fecha De Hoy:	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Correo Electronico:	

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION. SOLO ES PARA USO DE LA ESCUELA	
Conversión del Ingreso Anual: Semanal x52, Quincenal x26, Dos Veces al Mes x24, Mensual x12 ¿Cada cuando? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces almes <input type="checkbox"/> Mesual <input type="checkbox"/> Anual	Ingreso Total del Hogar
Total en la Familia	Aprobado Como: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Precio Reducido <input type="checkbox"/> Rechazado
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Categorico
	Verificado como: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrant e <input type="checkbox"/> Huido del Hogar
	<input type="checkbox"/> Propensa a Errores
Personal que Determina:	Fecha:
Oficial que Confirma:	Fecha:
Oficial que Verifica:	Fecha:

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ÈTNICA DE LOS NIÑOS
Es un requisito pedir la información de raza y etnicidad de los niños. La información es importante y ayuda a que aseguremos servir totalmente a nuestra comunidad. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido.
<b>Etnicidad (marque uno):</b>
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<b>Raza (marque uno o más):</b>
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco

Dear Parent or Guardian:

The Orchard School District participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program by offering nutritious meals every school day. Students may buy lunch for \$3.25 and breakfast for \$1.75. Eligible students may receive meals free of charge or at the reduced-price rate of \$.40 for lunch and \$.30 for breakfast. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application.

**LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS**

Effective July 1, 2019–June 30, 2020					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every	
	Two Weeks		Week		
1	\$ 23,107	\$ 1,926	\$ 963	\$ 889	\$ 445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
<b>For each additional family member, add:</b>					
	\$ 8177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

**QUALIFICATION:** Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

**APPLYING FOR BENEFITS:** An application for free or reduced-price meals cannot be reviewed unless all required fields are completed. A household may apply at any time during the school year. If you are not eligible now, but your household income decreases, household size increases, or a

household member becomes eligible for CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) benefits, you may submit an application at that time.

**DIRECT CERTIFICATION:** An application is not required if the household receives a notification letter indicating all children are automatically certified for free meals. If you did not receive a letter, please complete an application.

**VERIFICATION:** School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to submit information to validate your income or current eligibility for CalFresh, CalWORKs, or FDPIR benefits.

**WIC PARTICIPANTS:** Households that receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) benefits, may be eligible for free or reduced-price meals by completing an application.

**HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY & HEAD START:** Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway, and children participating in their school's Head Start program are eligible for free meals. Please contact school officials for assistance at Patricia Gallegos @ 408-944-0388.

**FOSTER CHILD:** The legal responsibility must be through a foster care agency or court to qualify for free meals. A foster child may be included as a household member if the foster family chooses to apply for their non-foster children on the same application and must report any personal income earned by the foster child. If the non-foster children are not eligible, this does not prevent a foster child from receiving free meals.

**FAIR HEARING:** If you do not agree with the school's decision regarding your application's determination or the result of verification, you may discuss it with the hearing official. You also have the right to a fair hearing, which may be requested by calling or writing the following: Jenina Moreno, 921 Fox Lane, San Jose, CA 95131 (408)-944-0397.

**ELIGIBILITY CARRYOVER:** Your child's eligibility status from the previous school year will continue into the new school year for up to 30 operating

days or until a new determination is made. When the carryover period ends, your child will be charged the full price for meals, unless the household receives a notification letter for free or reduced-price meals. School officials are not required to send reminder or expired eligibility notices.

**NON-DISCRIMINATION STATEMENT:** In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; or (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**HOW TO APPLY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS – Complete one application per household. Please print clearly with a pen. Incomplete, illegible, or incorrect information will delay processing.**

**STEP 1: STUDENT INFORMATION** – Include ALL STUDENTS who attend Orchard School District. Print their name (first, middle initial, last), school, grade level, and birthdate. If any student listed is a foster child, check the "Foster" box. If you are only applying for a foster child, complete STEP 1, and then continue to STEP 4. If any student listed may be homeless, migrant, or runaway, check the applicable "Homeless, Migrant, or Runaway" box and complete all STEPS of the application.

**STEP 2: ASSISTANCE PROGRAMS** – If ANY household member (child or adult) participates in CalFresh, CalWORKs, or FDPIR, then all children are eligible for free meals. Must check the applicable assistance program box, enter one case number, and then continue to STEP 4. If no one participates, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

**STEP 3: REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS** – Must report GROSS income (before deductions) from ALL household members (children and adults) in whole dollars. Enter "0" for any household member that does not receive income.

- A) Report the combined GROSS income for all students listed in STEP 1 and enter the appropriate pay period. Include a foster child's income if you are applying for foster and non-foster children on the same application.
- B) Print the names (first and last) of ALL OTHER household members not listed in STEP 1, including yourself. Report the total GROSS income from each source and enter the appropriate pay period.
- C) Enter the total household size (children and adults). This number MUST equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.

- D) Enter the last four digits of your Social Security number (SSN). If no adult household member has a SSN, check the "NO SSN" box.

**STEP 4: CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE** – The application must be signed by an adult household member. Print the name of the adult signing the application, contact information, and today's date.

**OPTIONAL: CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES** – This field is optional to complete and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals. Please check the appropriate boxes.

**INFORMATION STATEMENT:** The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number are not required when you list a CalFresh, CalWORKs, or FDPIR case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

**QUESTIONS/NEED ASSISTANCE:** Please contact Patricia Gallegos @ 408-944-0388.

**SUBMIT:** Please submit a complete application to your child's school or the nutrition office. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

Sincerely,  
Orchard School District Child Nutrition Department

Estimado padre, madre o tutor:

Orchard School District participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program ) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por \$3.25 y los desayunos por \$1.75. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis o al precio reducido de \$.40 por el almuerzo y \$.30 por el desayuno. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

A partir del 1 de julio de 2018 y hasta el 30 de junio de 2019					
Personas	En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	
Cada Dos Semanas Semanal					
1	\$ 23,107	\$ 1,926	\$ 963	\$ 889	\$ 445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
For each additional family member, add:					
	\$ 8177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

**REQUISITOS:** Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

**SOLICITUD DE LA ASISTENCIA:** No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no reúne los requisitos en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to

Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere llenar una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, llene una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

**NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al Patricia Gallegos @ 408-944-0388. para obtener ayuda.

**NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

**AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Jenina Moreno, 921 Fox Lane, San Jose, CA 95131 (408)-944-0397.

**PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE:** La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) 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 del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

### CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

**PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a Orchard School District. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo cuidado adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado

del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- A) Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y anote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.
- B) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y anote la frecuencia correspondiente.
- C) Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.
- D) Anote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO** – La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, su información de contacto y la fecha de hoy.

Atentamente,  
Orchard School District Child Nutrition Department

**OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR u otro identificador de FDIPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

**SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Póngase en contacto con Patricia Gallegos @ 408-944-0388.

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.