

Shawn Judson, Ed.D.
Superintendent

Douglas M. Claflin
Assistant Superintendent of Business Services

Terry Embleton
Assistant Superintendent of Personnel Services

Sylvia Kordich
Assistant Superintendent of Instruction/Pupil Services



Board of Trustees

Brynna Cadman

Cathline Fort

David W. Long

Mark H. Murphy

Cecilia L. Solorio

12999 Victoria Street, Etiwanda, California 91739
www.etiwanda.k12.ca.us
(909) 899-2451 FAX (909) 899-8792

Julio 2010

Estimados Padres y los Guardianes:

Encerróle encontrará información y aplicaciones para nuestro programa libre y reducido del almuerzo del precio. Si usted desea solicitar este programa, estas necesidades de información para ser leídas con cuidado por usted, completados, firmados, y vueltos a la Oficina de la Nutrición del Niño, localizado en 12999 Victorias San, o a su oficina de la escuela del niño tan pronto como posible. Utilice por favor el sobre pre-dirigido encerrado. Esto deberá proteger su intimidad.

Si su o sus niños matriculados reciben actualmente cupón canjeable por alimentos, CalWORKs, KinGAP, o los beneficios de FDPIR, usted no puede necesitar completar una aplicación. Usted ya debe haber recibido la notificación por el correo de la Nutrición de Niño de su niño (ren)' la elegibilidad de s. Si usted no ha sido contactado por el correo, pero piensa a su niño (ren) tienen derecho a para comidas libres, por favor contacto Kim Perry en 803-3155 o Betty Gonzalez en 803-3165.

Si su estudiante califica para comidas libres o reducida de precio, entonces él/ella puede calificar para libre o el alcance de seguro de enfermedad de reducido-costo. Vea por favor a aviador encerrado.

Si su niño (ren) recibió los almuerzos libres o redujo el año pasado, ellos son todavía elegibles por septiembre 20 de este año. (ve la excepción abajo en caja). Después que esa fecha, nosotros debemos tener una nueva aplicación. Recuerde, una aplicación nueva se tiene que someter cada año escolar forma actual. Cualquier aplicación sometida en una 2009-2010 forma se volverá sin procesar.

IMPORTANTE: Esté por favor enterado que si su niño recibió los almuerzos libres o redujo el año pasado y su elegibilidad disminuye este año, que disminuye sucederá 10 días después que la aplicación se ha procesado.

Los almuerzos elementales son \$2.00 e incluyen una barra de ensalada. Los almuerzos intermedios son \$2.25 (40¢ para niños elegibles reducidos).

¡Esperamos que usted tenga un maravilloso 2010/2011 año escolar!

Connie Dineen, Child Nutrition Manager

COMO SOLICITAR COMIDAS LIBRES Y REDUCIDA de PRECIO

LLENE POR FAVOR UNA APLICACION SOLO SI USTED DESEA SOLICITAR COMIDAS LIBRES O REDUCIDA de PRECIO.

Si su niño(s) recibe cupón canjeable por alimentos, CalWORKs, KinGAP, o los beneficios de FDPIR, y usted no ha recibido la notificación, por el correo de la Nutrición de Niño, por favor llamada Kim Perry en 803-3155. No puede ser necesario para usted llene una aplicación.

Sométase sólo una aplicación por la familia. Cercióreselo por favor es una aplicación actual.

El siguiente es las pautas importante seguir al llenar la aplicación:

- Lista los nombres de todos niños en su casa, inclusive esas escuela no asistiendo. Liste por favor el apellido primero. La elegibilidad es determinada por el número de miembros de casa e ingresos de casa, así quejls importante que usted lista a cada miembro de la casa
- Lista a todos miembros adultos de la casa y sus ingresos. Si ningunos ingresos, escriben por favor O. Por favor no utilice en la sección ingresos y le se cerciora llena todos espacios de esa sección (las ganancias del trabajo, la jubilicie la pension, la seguridad social, los beneficios del bienestar, apoyo de niño, los pagos de pension u otro) con o los ingresos suma o un O si hay ninguno.
- La aplicación pide los ingresos mensuales. Si usted lista los ingresos de una frecuencia de otra manera que mensual, indica por favor la frecuencia (bimestral, revista bisemanal, semanal, anual, etc)
- Utiliza por favor a su niñojlel nombre de s como aparece en los registros de la escuela (inclusive Hijo, II, o III, el nombre unido eon guión, etc)
- Fomenta a niños !V una aplicaión separada para cada niño. jEl rectángulo ulo central es para fomenta a ninos solo!
- La aplicacion debe ser firmada por un miembro adulto de la casa, y debe incluir el adulto que firmajlnúmero del seguro social de s, o una indicación que ellos tienen ninguno.

Es importante que las aplicaciones se llenen completamente. Información perdida tendrá como resultado las demoras en procesamiento de su aplicación. Las preparatorias no son la partes del Distrito de la Escuela de Etiwanda; por lo tanto, ellos no son procesados por nuestra oficina

2010/2011 ETIWANDA SCHOOL DISTRICT 2010/2011

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN EL AÑO 2010/2011

Por favor llene, firme, y regrese esta solicitud a la escuela. Si necesita más ayuda con esta solicitud, refiérase a la **Carta A Los Padres** atada a esta forma.

SECCIÓN A. Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **SECCIÓN A.** Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

1. Escriba los nombres de los niños que reciben Estampillas para Comida, beneficios de CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA	GRADO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2. Escriba el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

ESTAMPILLAS	PARA COMIDA	CALWORKS	KIN-GAP	FDPIR
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. Siga con la Sección B si no recibe Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para cada niño en su hogar. Si no, firme la solicitud en la Sección C.

SECCIÓN B. Para los demás hogares. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

1. Es esta solicitud para un niño adoptivo (foster)? Si No, Si la respuesta es sí, escriba para cada niño adoptivo (foster) el nombre del niño y la cantidad del "ingreso personal" que el niño recibe cada mes:

Nombre _____ Ingreso \$ _____

2. Escriba los nombres de los niños en su hogar que están en la escuela y que **no** reciben Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	ESCUELA	GRADO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Escriba los nombres de los niños en su hogar que **no** están en la escuela:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

SECCIÓN C. Todos los hogares haciendo solicitud lean esto y firmen abajo.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual normal. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR. Firme la solicitud en la sección C.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, O AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE TOTAL MONTHLY INCOME
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - FOR SCHOOL USE ONLY				Year Track:	
HOUSEHOLD SIZE:		HOUSEHOLD INCOME:		2 nd Review:	
Free	Reduced-Price	Denied	Direct Certified as: H M R EP <input type="checkbox"/>		
Temporary Free Until (45 calendar days from date of determination):					
Determining Official:		Date:	Verification Official:		Date:

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Usted puede someter una solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser entregada en cualquier momento durante el día escolar. A los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA FORMA		ESCRIBA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) AQUÍ, O ESCRIBA «NONE» SI USTED NOTIENE UNO	
(ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION)		FECHA	
Nombre _____		_____	
DOMICILIO _____			
CIUDAD _____		CODIGO POSTAL _____	
TELEFONO DEL HOGAR _____		TELEFONO DEL TRABAJO _____	
TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR _____			
SECCIÓN D. Identidades Étnicas Y Raciales de Niños (Opcional)			
1. Apunté uno o mas identidades raciales:			
<input type="checkbox"/> Indígena Americanos o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	
<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacíficos	<input type="checkbox"/> Blanco		
2. Apunté un identidad étnico:			
<input type="checkbox"/> De origen Latino o Hispánico	<input type="checkbox"/> No de origen Latino o Hispánico		