

Carta al hogar Año Escolar 2024-2025

Estimado Padres o Tutores:

El Distrito Escolar de Del Mar participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Program) y/o el Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. A partir del año escolar 2022-23, todas las escuelas del distrito participarán en el **Programa Universal de Comidas de California, AB 130, que requiere que los distritos escolares públicos para estudiantes que asisten en los grados K-12 proporcionen dos comidas gratuitas (desayuno y almuerzo) durante todos los días escolares a los estudiantes que soliciten una comida, independientemente de su elegibilidad para el programa de comida gratis o a precio reducido.**

Los programas de comidas en los que participamos son financiados por reembolsos federales y estatales que se basan en los ingresos y la elegibilidad del hogar. Todas las solicitudes que se reciben de las familias que son elegibles para recibir comidas gratis ayuda al distrito a maximizar los fondos para el programa de nutrición sin fines de lucro. Las solicitudes completas para recibir comidas gratuitas o a precio reducido puede ayudar al distrito a calificar para financiamiento adicional y brindar a los estudiantes y hogares descuentos educativos y comunitarios.

Su participación en completar su solicitud es altamente apreciada. Usted y sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar. A partir de julio, los hogares pueden presentar solicitudes para el próximo año escolar.. Puede completar la solicitud impresa y entregarla a su escuela o a la oficina Administrativa de Servicios de Nutrición, que está ubicada en 6631 Solterra Vista Pkwy., Del Mar, CA 92130. Para completar la solicitud en línea, vaya a: <https://www.schoolcafe.com/dmusd>

Elegibilidad

Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o inferiores a las Pautas Federales de elegibilidad de ingresos que están a continuación.

Pautas de elegibilidad de ingresos

Comidas a precio reducido Julio 1, 2024-Junio 30, 2025					
Tamaño del hogar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semana
1	\$ 27,861	\$ 2,322	\$ 1,161	\$ 1,072	\$ 536
2	\$ 37,814	\$ 3,152	\$ 1,576	\$ 1,455	\$ 728
3	\$ 47,767	\$ 3,981	\$ 1,991	\$ 1,838	\$ 919
4	\$ 57,720	\$ 4,810	\$ 2,405	\$ 2,220	\$ 1,110
5	\$ 67,673	\$ 5,640	\$ 2,820	\$ 2,603	\$ 1,302
6	\$ 77,626	\$ 6,469	\$ 3,235	\$ 2,986	\$ 1,493
7	\$ 87,579	\$ 7,299	\$ 3,650	\$ 3,369	\$ 1,685
8	\$ 97,532	\$ 8,128	\$ 4,064	\$ 3,752	\$ 1,876
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 9,953	\$ 830	\$ 415	\$ 383	\$ 192

Comidas gratis Julio 1, 2024-Junio 30, 2025					
Tamaño del hogar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semana
1	\$ 19,578	\$ 1,632	\$ 816	\$ 753	\$ 377
2	\$ 26,572	\$ 2,215	\$ 1,108	\$ 1,022	\$ 511
3	\$ 33,566	\$ 2,798	\$ 1,399	\$ 1,291	\$ 646
4	\$ 40,560	\$ 3,380	\$ 1,690	\$ 1,560	\$ 780
5	\$ 47,554	\$ 3,963	\$ 1,982	\$ 1,829	\$ 915
6	\$ 54,548	\$ 4,546	\$ 2,273	\$ 2,098	\$ 1,049
7	\$ 61,542	\$ 5,129	\$ 2,565	\$ 2,367	\$ 1,184
8	\$ 68,536	\$ 5,712	\$ 2,856	\$ 2,636	\$ 1,318
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:					
	\$ 6,994	\$ 583	\$ 292	\$ 269	\$ 135

Solicitud de Asistencia

Una solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido no se puede revisar a menos que se contesten todas las preguntas requeridas. Usted puede completar la solicitud en cualquier fecha durante el 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 del hogar reúne los requisitos para los beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad Hacia los Niños de California (California Work Opportunity & Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR), usted 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, por favor complete una solicitud.

Verificación:

Los administradores escolares pueden verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Es posible que se le solicite que envíe información para validar sus ingresos para verificar que, si reúne los requisitos para recibir los beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

Mujeres, bebés y niños que participan en WIC

Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC) pueden ser elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido completando una solicitud.

Niños sin hogar, migrantes, y fugitivos del hogar

Los estudiantes que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos del hogar son elegibles para recibir comidas gratuitas. Para obtener más información, por favor comuníquese con: Justine Stacy al 858-755-9301 x 3688 o envíe un correo electrónico a: justacy@dmusd.org

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 puede ser incluido como miembro de la familia en la misma solicitud si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para sus hijos. Se debe incluir en la solicitud cualquier ingreso personal obtenido por el programa de cuidado adoptivo temporal. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que sí lo están reciban comidas gratis.

Audiencia Imparcial

Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el funcionario de audiencias. También tiene derecho a una audiencia imparcial, que usted puede solicitar comunicándose por teléfono o por escrito a: Chris Delehanty, 11232 El Camino Real, San Diego, CA 92130, 858-755-9301.

Transferencia de elegibilidad

El estado de elegibilidad de su estudiante del año escolar anterior continuará en el nuevo año escolar hasta por 30 días hábiles o hasta que se tome una nueva determinación. El período de transferencia de DMUSD finaliza el 24 de septiembre de 2025, la elegibilidad para comidas de su estudiante vencerá a menos que su hogar reciba una carta de notificación (año escolar 2024-25) para comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar un recordatorio o avisos de elegibilidad vencidos.

Declaración de no Discriminación

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las

instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta auditiva, lenguaje de señas, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde se solicitan esos recursos. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión 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 Quejas de 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 por escrito, dirigiéndose al USDA y proporcione en la carta toda la 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 Secretario Adjunto de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: 202-690-7442; o (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Cómo solicitar comidas gratis o a precio reducido

Complete una solicitud por hogar. Escriba claramente con un bolígrafo. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento.

- 1. Información del estudiante**—Incluya a **todos los estudiantes** que asisten al Distrito Escolar de Del Mar. Escriba su nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo Cuidado Adoptivo Temporal”. Si solo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, complete el PASO 1 y luego continúe con el PASO 4. Si alguno de los estudiantes enumerados está sin hogar, ser migrante o fugitivo del hogar, marque la casilla correspondiente, “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugitivo del Hogar” y complete todos los PASOS de la solicitud.
- 2. Programas de Asistencia**— Si **algún** miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR, entonces todos los niños son elegibles para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia correspondiente, ingresar un número de caso y luego continuar con el PASO 4. Si nadie participa, omita el PASO 2 y continúe con el PASO 3.
- 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. 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.

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.

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.

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**”.

4. **Información de contactos y firma de adultos** – 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 cuando la solicitud se firma.

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 FDPIR u otro identificador de FDPIR 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.

Entrega de la Solicitud

Por favor entregue la solicitud complete a la escuela de su estudiante o en la oficina Administrativa de Servicios Nutricionales en 6631 Solterra Vista Pkwy., Del Mar, CA 92130. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Preguntas o necesita ayuda

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor comuníquese al Departamento de Servicios Nutricionales al 858-523-4799 x3251.

Atentamente,



Jamie Phillips, MBA
Directora de Servicios Nutricionales

Esta institución proveedora de igualdad de oportunidades.

Año escolar 2024-25 Del Mar Union School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido- UNA aplicación por unidad familiar.

Adaptado del Departamento de California de Educación, Febrero 2017

Lea las instrucciones incluidas con la Aplicación en como aplicarse. Por favor imprima y use una pluma. Esta institución es un abastecedor de igualdad de oportunidades. La Sección 49557 de Código de Educación de California (a): "las aplicaciones gratis y reducido - comidas de precios pueden ser presentadas en cualquier momento durante un día escolar. Los niños que participan en el Programa de Almuerzo Escolar Nacional federal no serán abiertamente identificados por el uso de señales especiales, boletos especiales, líneas de porción especiales, entradas separadas, áreas de comedor separadas, o por ningún otro medio

PASO 1 – INFORMACIÓN DE ESTUDIANTE

Los niños en Cuidado Adoptivo y niños que encuentran la definición de sin Hogar, Migratorio, o el Fugitivo son elegibles para comidas libres. Agregue otra hoja de papel para nombres adicionales.

Imprima el nombre de CADA ESTUDIANTE que asistirá a la Distrito Escolar Unido de Del Mar (Primero, Inicial Media, Apellido) EJEMPLO: Joseph P Adams	Nombre de escuela y grado EJEMPLO: Lincoln Elementary	Grado EJEMPLO: 12-15-2012	Imprima la fecha de nacimiento del estudiante EJEMPLO: 12-15-2012	Compruebe la caja aplicable si el estudiante es adoptivo, sin hogar, migratorio, o fugitivo.			
				Adoptivo	Sin Hogar	Migratorio	Fugitivo
				<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 AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR

¿ALGÚN miembro de unidad familiar (incluso usted) actualmente participa en uno de los programas de ayuda siguientes?

Si NO, salte el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si Sí, no complete el PASO 3. Compruebe la caja de programa aplicable, imprima un número de caso, y luego vaya para ANDAR 4.	Seleccione el Tipo de Programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Número de Caso:
--	---	-----------------

EL PASO 3 – INGRESOS DE INFORME PARA TODOS LOS MIEMBROS DE UNIDAD FAMILIAR (Salte este paso si usted contesto 'Sí en paso 2)

A. INGRESOS DE ESTUDIANTE: a Veces los estudiantes en la unidad familiar ganan ingresos. Por favor incluya los ingresos **TOTALES** ganados por todos los estudiantes puestos en una lista en el PASO 1 aquí. Relate ingresos totales en dólares enteros ganados antes de impuestos y deducciones. Imprima el período de paga apropiado: W = Semanario, 2W = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensualmente, Y = Cada año

Ingresos de Estudiante Totales	Con Que frecuencia

B. TODOS OTROS MIEMBROS DE UNIDAD FAMILIAR (incluso usted): Ponga a TODOS los miembros de unidad familiar en una lista no puestos en una lista en el PASO 1 aun si ellos no reciben ingresos. Para cada miembro de unidad familiar, relate los ingresos **TOTALES** para cada fuente en dólares enteros sólo. Si ellos no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted entra "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica (promesa) que no hay ningunos ingresos para hacer un informe. Relate todos los ingresos ganados antes de impuestos y deducciones. Imprima los apropiados ingresan período "el con Que Frecuencia" columna:
W = Semanario, 2W = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensualmente, Y = Cada año

Imprima el nombre de TODOS OTROS Miembros de Unidad familiar (en General)	Ganancias de Trabajo	Con Que frecuencia	Ayuda estatal/SSI/ Pensión para hijos menores / Pensión alimenticia	Con Que frecuencia	Otros Ingresos	Con Que frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

Miembros de Unidad familiar Totales (Niños y Adultos) Paso 1 más Paso 3	Imprima los cuatro últimos dígitos de número de Seguridad Social (SSN) del Asalariado de Salario Primario u Otro Miembro de Unidad familiar Adulto	Compruebe la caja si no tiene SSN : <input type="checkbox"/>
--	--	--

PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA ADULTA

Certificación: "certifico (prometen) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos son relatados. Entiendo que esta información es dada en relación al recibo de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (comproban) la información. Soy consciente que si deliberadamente doy la información falsa, mis niños pueden perder beneficios de comida, y puedo ser procesado conforme a leyes estatales y federales aplicables."

Firma:		
Nombre de Letra		
Fecha de Hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		

NO COMPLETAR. SOLO PARA USO ESCOLAR

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 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	Total Household Income
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS

Se requiere que nosotros pidamos la información sobre su raza de niños y pertenencia étnica. Esta información es importante y ayuda a asegurarse que servimos totalmente nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta su elegibilidad de niños gratis o reducido - comidas de precios.

Etnicidad (marque uno):

Hispano o Latino No hispano o Latino

La raza (comproban uno o varios):

Amerindio o Natural de Alaska Asiático Americano negro o africano
 Hawaiano Natal u otro Isleño Pacífico Blanco