

Manzanita Public Charter School Solicitud de Alimentos para el Año Escolar 2025-2026

Estimados Padres o Tutores: Manzanita Public Charter School participa en el Programa Nacionales de Almuerzos Escolares y/o Programa de Desayunos Escolares. En Manzanita Public Charter School, **todos los estudiantes recibirán comidas nutritivas y gratuitas durante el año escolar 2025-2026.** Los programas de alimentos en los que participamos son financiados con reembolsos federales y estatales cuales son determinados basado en los ingresos y requisitos del hogar. Podemos servir alimentos gratuitos porque los hogares siguen presentando solicitudes de alimentos, y agradecemos enormemente su cooperación. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para ser elegibles y recibir alimentos gratuitos. **Si hay más miembros en el hogar que el número de líneas en la solicitud,** adjunte una segunda solicitud. Aplicaciones esta disponibles en [www.manzanitacharterschool.com/enrollment](http://www.manzanitacharterschool.com/enrollment).

**REQUISITOS:** Sus niños pueden ser elegibles para alimentos gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son igual o menos de lo que indica la siguiente Guía de Elegibilidad de Ingresos federales.

| Efectivo 1° de julio del 2025 – 30 de junio del 2026 |           |         |                  |                  |         |
|------------------------------------------------------|-----------|---------|------------------|------------------|---------|
| Guía Federal de Elegibilidad de Ingresos 2025-2026   |           |         |                  |                  |         |
| Miembros en la Familia                               | Anual     | Mensual | Dos veces al mes | Cada dos Semanas | Semanal |
| 1                                                    | \$28,953  | \$2,413 | \$1,207          | \$1,114          | \$557   |
| 2                                                    | \$39,128  | \$3,261 | \$1,631          | \$1,505          | \$753   |
| 3                                                    | \$49,303  | \$4,109 | \$2,055          | \$1,897          | \$949   |
| 4                                                    | \$59,478  | \$4,957 | \$2,479          | \$2,288          | \$1,144 |
| 5                                                    | \$69,653  | \$5,805 | \$2,903          | \$2,679          | \$1,340 |
| 6                                                    | \$79,828  | \$6,653 | \$3,327          | \$3,071          | \$1,536 |
| 7                                                    | \$90,003  | \$7,501 | \$3,751          | \$3,462          | \$1,731 |
| 8                                                    | \$100,178 | \$8,349 | \$4,175          | \$3,853          | \$1,927 |
| Por cada persona adicional, agregue:                 |           |         |                  |                  |         |
|                                                      | \$10,175  | \$848   | \$424            | \$392            | \$196   |

**Solicitud de Beneficios:** la solicitud para alimentos gratuitos o a precio reducido no se puede procesar al menos que todas las secciones requeridas estén completas. Familias pueden presentar una solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Sino son elegibles en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el número de familiares aumenta, o algún miembro de su hogar es elegible para beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad para los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), usted puede someter una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere completar una solicitud si la familia recibe una carta informándole que todos los estudiantes fueron automáticamente certificados para recibir alimentos gratis. Si no recibió una carta, complete una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Personal escolar autorizado puede verificar la información en la aplicación en cualquier momento durante el año escolar.

Es posible que se le pida que presente información para validar sus ingresos o verificar sus requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKS o FDPIR.

**Mujeres, bebés y niños participantes (WIC):** 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) pueden ser considerados elegibles para obtener alimentos gratuitos o a precio reducido al completar una solicitud. **Sin hogar, Migrante, Fugado y Head Start:** Niños bajo la definición sin hogar, migrante, o fugado y niños participando en el programa Head Start son considerados elegibles para recibir alimentos gratuitos. Favor de comunicarse con el personal autorizado escolar para obtener ayuda: Sin hogar, Teresa Gaona (805) 734-5600 Ext. 314; Migrantes, Martha Garcia (805) 734-5600.

**Bajo Cuidado Adoptivo Temporal (Foster Child):** La responsabilidad legal debe ser a través de la agencia bajo cuidado adoptivo temporal o un tribunal para ser elegible para alimentos gratuitos. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro del hogar si la familia de bajo cuidado adoptivo temporal decide solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal la misma solicitud y deben reportar cualquier ingreso personal del niño bajo cuidado adoptivo temporal. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no son elegibles, esto no impide que los niños que si lo están sean elegibles para alimentos gratuitos. **Audiencia Imparcial:** Si no está de acuerdo con la decisión de la escuela en la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el personal autorizado de la audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, que puede solicitar llamando o escribiendo a la siguiente: Superintendente, Suzanne Nicastro, 991 Mountain View Blvd., Vandenberg Space Force Base, CA 93437 o al (805) 734-5600.

**Transferencia de elegibilidad:** La elegibilidad de su niño del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días escolares, o hasta que se haga una nueva determinación. El personal escolar no está obligado a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegibilidad.

**Declaración de no discriminación:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles, y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o los administran, tienen prohibido discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública o ideología política, y tomar represalias por actividad previa sobre derechos civiles, en cualquier programa o actividad dirigida o financiada por el USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Las fechas límite de la presentación de quejas y recursos legales varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para recibir información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etcétera) deben contactar la agencia responsable o al TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés. Para presentar una queja sobre discriminación en el programa, complete el Formulario de quejas sobre discriminación en el programa, AD-3027, que se encuentra en [http://www.aser.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.aser.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en ella 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 los siguientes medios:

1. correo postal: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, 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.

Rellene una solicitud por hogar. Por favor escriba claramente con una pluma. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el proceso.

1. **Información del Estudiante** – Incluya todos los estudiantes (esto incluye a todos los estudiantes matriculados dentro o fuera del distrito que viven en el hogar y la solicitud debe diferenciar si los estudiantes asisten a diferentes escuelas, si es que es aplicable). Escriba el nombre su estudiante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes de la lista este bajo cuidado adoptivo temporal, maque la casilla Cuidado Adoptivo Temporal. Si solamente está solicitando para un estudiante bajo cuidado adoptivo temporal, complete el PASO 1, y continúe al PASO 4. Si alguno de los estudiantes indicados está sin hogar, migrante, o fugado marque la casilla correspondiente a **Sin Hogar, Migrante, o Fugado** 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 FDPIR, todos los niños son considerados elegibles para recibir alimentos gratuitos. Debe indicar el programa de asistencia pertinente, anote un número de caso y continúe al PASO 4. Si nadie participa, salte 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 en números enteros. Anote 0 para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos. Declare el ingreso bruto combinado de todos los estudiantes anotados en el Paso 1 y anote el periodo de pago apropiado. Incluya los ingresos de niños bajo cuidado adoptivo temporal y los niños que no son bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.

Escriba los nombres (nombre y apellido) de todos los demás miembros del hogar que no indicó en el PASO 1, incluyendo a sí mismo. Reporte los ingresos totales en BRUTO de cada fuente y anote la frecuencia delo periodo de pago apropiado.

Anote el total de miembros en el hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de personas

del hogar indicados 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 SSN, maque la casilla NO tengo SSN.

**Información de Contacto y Firma de Una 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.

**Opcional** – Identidades étnicas y raciales de los niños: Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido. Marque las opciones apropiadas.

**Declaración de Información:** La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere que se proporcione la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba alimentos 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 otra manera identificable 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 es elegible para obtener alimentos gratis o a precio reducido y para la administración e implementación de los programas de almuerzos y desayunos.

**Preguntas o Asistencia:** Por favor comuníquese con Tiffany Cole, Manejadora Administrativa del Servicio de Alimentos, Servicios de Nutrición Infantil (Child Nutrition Services) al (805) 734-5600 ext. 350.

**Enviar:** Por favor presente la completa solicitud durante la Feria Anual de Inscripción Obligatoria o en la oficina de Manzanita Public Charter School, 991 Mountain View Blvd., Vandenberg Space Force Base, CA 93437. Se le notificará por correo si su solicitud es aprobada o negada para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido. Sinceramente, Tiffany Cole, Manejadora Administrativa del Servicio de Alimentos

**2025-2026 Manzanita Public Charter School para Comidas Gratis y a Precio Reducido** Llene una solicitud por hogar.

Por favor lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con una pluma. La solicitud esta disponible en <https://www.manzanitacharterschool.com/nutrition>. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. **Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.**

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE.** Niños **Bajo Cuidado Adoptivo Temporal** y niños que cumplen la definición de **Sin Hogar, Migrante o Fugado** son eligible para recibir comidas gratuitas. Proporcione la información de **TODOS** los niños en su hogar.

|                                                                                                          |                                                                |           |                                                    |                                                                                                                         |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anote el nombre de <b>CADA NIÑO EN SU HOGAR</b><br>(Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido) | Anote el <b>nombre de la escuela</b> y el <b>grado escolar</b> |           | Anote la <b>fecha de nacimiento</b> del estudiante | Marque la casilla pertinente si el estudiante está <b>bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar, migrante o fugado.</b> |                          |                          |                          |
| <b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>                                                                           | <b>Lincoln Elementary</b>                                      | <b>1º</b> | <b>12-15-2010</b>                                  | Cuidado Adoptivo Temporal                                                                                               | Sin Hogar                | Migrante                 | Fugado                   |
|                                                                                                          |                                                                |           |                                                    | <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"/> |
|                                                                                                          |                                                                |           |                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.** ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? 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. | Seleccione el tipo de programa:<br><input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR | Anote el número de caso: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|
| <b>A. 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”:</b> S=Semanal, 2S=Cada dos semanas, 2M=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual | Ingresos totales de los estudiantes<br>\$ | <b>Frecuencia</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Anote **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 (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. **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

|                                                                                  |                      |                   |                                                                    |                   |                                             |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| Anote el nombre de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> miembros del hogar (Apellido y nombre) | Ingresos del trabajo | <b>Frecuencia</b> | Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia | <b>Frecuencia</b> | Pensiones/retiro/ Jubilación otros ingresos | <b>Frecuencia</b> |
|                                                                                  | \$                   |                   | \$                                                                 |                   | \$                                          |                   |
|                                                                                  | \$                   |                   | \$                                                                 |                   | \$                                          |                   |
|                                                                                  | \$                   |                   | \$                                                                 |                   | \$                                          |                   |
|                                                                                  | \$                   |                   | \$                                                                 |                   | \$                                          |                   |
|                                                                                  | \$                   |                   | \$                                                                 |                   | \$                                          |                   |

|                                                           |  |                                                                                                                                                      |  |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|
| <b>C. Total de miembros en el hogar (niños y adultos)</b> |  | <b>D. Introduzca los cuatro últimos dígitos del número de la Seguridad Social (SSN) del asalariado principal o de otro miembro adulto del hogar.</b> |  | <b>Marque la casilla NO tengo SSN</b> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|

**NO RELLENAR. PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE**

|                 |                 |                 |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                 |                                      |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| VERIFICATION    |                 |                 | 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 \$            |
| 1 <sup>st</sup> | 2 <sup>nd</sup> | 3 <sup>rd</sup> | Annual Income Conversion: Weeklyx52, Biweeklyx26, Twice a Monthx24, Monthlyx12                                                                                                        |                                                                                                                                 |                                      |
|                 |                 |                 | Total Household Size                                                                                                                                                                  | 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 |

|                                         |                         |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| <b>Received Date:</b>                   | <b>Processing Date:</b> |
| <b>Confirming Official’s Signature:</b> | <b>Date:</b>            |

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN 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.

|                                            |           |                |
|--------------------------------------------|-----------|----------------|
| Firma del adulto que llenó esta solicitud: |           |                |
| Nombre en letra de molde:                  |           |                |
| Fecha:                                     | Teléfono: |                |
| Dirección:                                 |           |                |
| Ciudad:                                    | Estado:   | Código Postal: |
| Correo electrónico:                        |           |                |

**OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS.** Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

|                                                                   |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Origen étnico (marque uno):</b>                                |                                              |
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino                         | <input type="checkbox"/> No hispano o latino |
| <b>Raza (marque una o más):</b>                                   |                                              |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska    | <input type="checkbox"/> Asiático            |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                    | <input type="checkbox"/> Blanco              |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico |                                              |