



3195 Woodside Road Woodside, CA 94062
Office: 650.851.1571 Fax: 650.851.5577

Estimados Padres,

Si, usted está interesado en participar en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, tendrá que completar y enviar la solicitud adjunta. Por favor, devolver a la oficina el primer día de clases para asegurar su participación. Si, usted tiene alguna pregunta por favor póngase en contacto con Liza Lazzari al 650-851-1571 ext: 4030.

Su determinación de elegibilidad no será inmediata. Los servicios de nutrición pueden tardar hasta 10 días para procesar su solicitud, una vez que recibamos toda la información necesaria. Usted es responsable del almuerzo de su hijo/a de precio completo hasta que su solicitud sea procesada o se recomiende lo contrario.

Si, su hijo/a (s) recibio almuerzos gratis o a precio reducido, durante el año escolar 2025-2026 los niños seran elegibles para recibir comidas al mismo precio los primeros 30 días de funcionamiento del nuevo año escolar 2026-2027. Si, usted participó durante el 2025-2026 tendrá que llenar una nueva solicitud, antes del 1 de Octubre del 2026 para ser elegible en el nuevo año escolar 2026-2027.

Distrito escolar de Woodside

Escala de Elegibilidad para Almuerzos a Precio Reducido

Personas en el Hogar	Annual	Cada Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanal
1	\$ 29,526	\$ 2,461	\$ 1,231	\$ 1,136	\$ 568
2	\$ 40,034	\$ 3,337	\$ 1,669	\$ 1,540	\$ 770
3	\$ 50,542	\$ 4,212	\$ 2,106	\$ 1,944	\$ 972
4	\$ 61,050	\$ 5,088	\$ 2,544	\$ 2,349	\$ 1,175
5	\$ 71,558	\$ 5,964	\$ 2,982	\$ 2,753	\$ 1,377
6	\$ 82,066	\$ 6,839	\$ 3,420	\$ 3,157	\$ 1,579
7	\$ 92,574	\$ 7,715	\$ 3,858	\$ 3,561	\$ 1,781
8	\$ 103,082	\$ 8,591	\$ 4,296	\$ 3,965	\$ 1,983
Por cada miembro adicional agrege:	\$ 10,508	\$ 876	\$ 438	\$ 405	\$ 203

De acuerdo con la Ley Federal y U.S.Department de Agricultura, es una institución que prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad Para presentar una queja de discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights 1400 Independence Avenue, S. W. Washington, DC 2050-9410 O llame al 866-632-9992 (telefono). Los individuos que tengan dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al 800-877-8339 o 800-845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Año escolar 2026-2027 Woodside School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. 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 día de clases. A los 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 DE LOS ESTUDIANTES

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.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el nombre de la escuela y el grado escolar		Anote la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o es migrante o fugado del hogar.			
EXAMPLE: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

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**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ , marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4.	marque la casilla del programa pertinente: ☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDIPIR	Anote el número de caso:
--	--	--------------------------

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

INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. 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										Ingresos totales de los estudiantes				Frecuencia	
										\$					
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. 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 TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)		Ingresos del trabajo		Frecuencia		Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia		Frecuencia		Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos		Frecuencia			
		\$				\$				\$					
		\$				\$				\$					
		\$				\$				\$					
		\$				\$				\$					
C. Total de miembros del hogar (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				Marque la casilla si NO tiene SSN							

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
E-mail:		

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE									
How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly								Total Household Income	
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12								\$	
Total Household Size		Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)						☐ Categorical	
		Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway						☐ Error Prone	
Determining Official's Signature:								Date:	
Confirming Official's Signature:								Date:	
Verifying Official's Signature:								Date:	

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.

Origen étnico (marque uno): ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Negro o afro estadounidense ☐ Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico ☐ Blanco