



## NORMAS DEL PROGRAMA DE COMIDA 2015-2016

New LA esta comprometido a proveer un ambiente de escuela que promueve y protege la salud de los niños, su bienestar y habilidad de aprender apoyando el comer saludable.

**Pedimos que todas las familias entregan una Solicitud de Comidas Gratis o Precio Reducido, aun cuando puedan no querer participar en el programa de comida.**

### **Familias que Participan en el Programa de Comida**

Incluido encontrarán las **FORMA PARA ORDENAR COMIDA**, favor de completar esta forma si desean que su hijo/a participe en el programa de desayuno y/o almuerzo. Si no entregan una **Forma para Ordenar Comida** su hijo/a no recibirá una comida.

### **Programa de Desayuno**

El desayuno en New LA consisten en un artículo de desayuno, fruta y leche. Se sirve **de 7:30am a 8:00am (NO EXCEPCIONES)**. **Alumnos deben seguir todas las normas de New LA mientras estén en la cafetería después de las 7:45am, esto incluye las Normas de Apariencia y Celular.**

### **Programa de Almuerzo**

El almuerzo en New LA consiste en una comida de opción regular, sin lácteo o vegetariana, fruta, vegetales y leche. *Si su hijo/a sufre de alergias graves recomendamos que traiga su propio almuerzo.* **Si va a traer su propio almuerzo, favor de traer comida que no requiere ser calentada, refrigerada o agua caliente y asegúrense que su hijo/a traiga su almuerzo al comenzar el día escolar.** FAVOR DE NO TRAER ALMUERZO A LA OFICINA DURANTE HORAS DE CLASE.

No se aceptan almuerzos de grupos o fiestas durante el horario de almuerzo en New LA.

**NO HABRA almuerzo los días de salida temprana (12:35pm).** Si su hijo/a se queda Después de Escuela deben traer su propia comida estos días.

Durante las Paseo almuerzo **solamente proveído** si lo indican en la forma de pedido.

### **PAGOS**

Encontrarán el Plan de Pago para familias de *Pago Completo o Reducido*. **Para poder continuar participando en el programa de comida, pagos deben ser entregados mensualmente en la fecha indicada en el plan.** Al final de cada mes se envía a casa un carta de cobro por las comidas recibidas por el alumnos de Pago Completo o Reducido. Si el pago no se hace antes de la fecha indicada en la forma, **discontinuiremos la participación del programa de comida y comidas no serán ordenadas para su hijo hasta que el balance sea pagado.**



## FORMA PARA PEDIR COMIDA

Favor de leer esta forma cuidadosamente y seleccionar todo lo que aplica.

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_

Deseo que mi hijo/a participe en el **Programa de Desayuno**

Deseo que mi hijo/a participe en el **Programa de Almuerzo**

**Tipo de Comida:**  Regular  Vegetariana

Sin Lácteo  No Carne Roja

**Alergias:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando asistan a un paseo deseo que New LA de provea almuerzo a mi hijo/a.

Quiero la orden de arriba para:  **Todo El Año Escolar 2015-2016**

Mes de \_\_\_\_\_

**Firmando esta forma, yo estoy de acuerdo no todas las normas en la NORMAS DE PROGRAMA DE COMIDA.**

**Nombre del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_

*Letra de Molde*

**Firma del Padre/Guardián** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## PLAN DE PAGO PARA COMIDA 2015-2016

Familias que no califican para comidas gratis deben pagar mensualmente para continuar en el programa de comida.

Aceptamos cheque o cash. Si usa cheque, por favor escriba el cheque a **New Los Angeles Charter School**. El numero de cheque servirá como su recibo. Si entrega cash, por favor pida un recibo de nuestra recepcionista en la oficina.

Si tiene preguntas, por favor contacten a la Oficina al 323-939-6400.

### FAMILIAS DE PAGO REDUCIDO

	<b>Días Sirviendo Desayuno</b>	<b>Precio del Desayuno (\$ .30/día)</b>	<b>Días Sirviendo Almuerzo</b>	<b>Precio del Almuerzo (\$ .40/día)</b>	<b>Fechas para Entregar Pagos</b>
Agosto	10	\$ 3.00	10	\$ 4.00	Lunes, 3 de agosto
Septiembre	20	\$ 6.00	19	\$ 7.60	Viernes, 21 de agosto
Octubre	21	\$ 6.30	20	\$ 8.00	Viernes, 18 de septiembre
Noviembre	15	\$ 4.50	14	\$ 5.60	Viernes, 16 de octubre
Diciembre	12	\$ 3.60	10	\$ 4.00	Viernes, 13 de noviembre
Enero	13	\$ 3.90	13	\$ 5.20	Viernes, 11 de diciembre
Febrero	20	\$ 6.00	19	\$ 7.60	Jueves, 14 de enero
Marzo	15	\$ 4.50	13	\$ 5.20	Viernes, 12 de febrero
Abril	20	\$ 6.00	19	\$ 7.60	Miercoles, 16 de marzo
Mayo	21	\$ 6.30	20	\$ 8.00	Viernes, 22 de abril
Junio	8	\$ 2.40	7	\$ 2.80	Viernes, 13 de mayo
<b>Total Anual</b>	<b>175</b>	<b>\$ 52.50</b>	<b>164</b>	<b>\$ 65.60</b>	

### FAMILIAS DE PAGO COMPLETO

	<b>Días Sirviendo Desayuno</b>	<b>Precio del Desayuno (\$2.75/día)</b>	<b>Días Sirviendo Almuerzo</b>	<b>Precio del Almuerzo (\$3.75/día)</b>	<b>Fechas para Entregar Pagos</b>
Agosto	10	\$ 27.50	10	\$ 37.50	Lunes, 3 de agosto
Septiembre	20	\$ 55.00	19	\$ 71.25	Viernes, 21 de agosto
Octubre	21	\$ 57.75	20	\$ 75.00	Viernes, 18 de septiembre
Noviembre	15	\$ 41.25	14	\$ 52.50	Viernes, 16 de octubre
Diciembre	12	\$ 33.00	10	\$ 37.50	Viernes, 13 de noviembre
Enero	13	\$ 35.75	13	\$ 48.75	Viernes, 11 de diciembre
Febrero	20	\$ 55.00	19	\$ 71.25	Jueves, 14 de enero
Marzo	15	\$ 41.25	13	\$ 48.75	Viernes, 12 de febrero
Abril	20	\$ 55.00	19	\$ 71.25	Miercoles, 16 de marzo
Mayo	21	\$ 57.75	20	\$ 75.00	Viernes, 22 de abril
Junio	4	\$ 11.00	4	\$ 15.00	Viernes, 13 de mayo
<b>Total Anual</b>	<b>174</b>	<b>\$ 478.50</b>	<b>165</b>	<b>\$ 618.75</b>	

En acuerdo con la ley federal de EE.UU., Departamento de Agricultura, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC, 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TTY) USDA es un proveedor con igualdad de oportunidades.

**New Los Angeles Charter School 2015-2016**

**Solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido  
(Complete solamente UNA solicitud por familia)**

\*\*\*\*\*USE TINTA NEGRA O AZUL; ESCRIBA CON LETRA CLARA DENTRO DE LAS CASILLAS\*\*\*\*\*

<b>Parte 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR</b>																
Favor de listar los nombre de <b>todos</b> los miembros del hogar.																
Nombres Completos (Primer, segunda inicial, apellido)	Nombres de la escuela para cada niño (Indique "N/A" si no asiste a una escuela)	Marque "X" abajo si el niño es hijo de custodia temporal, no tiene hogar, migrante, fugitivo o niño de Head Start. <b>Si cada hijo asistiendo a la escuela aparece en esta sección favor se completar solamente la parte 5.</b>					Marque "X" en la caja de abajo para cada niño que NO tiene ingreso.									
		Custodia Temporal	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo	Head Start										
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
<b>Parte 2. BENEFICIOS</b>																
Si algún miembro del hogar recibe servicios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo en California W y Responsabilidad para Niños CalWORKs), Programa de Distribución de Comida en Reservaciones de Nativos (FDPIR), o Pago de Asistencia Kinship Guardianship (Kin-GAP), favor de proveer sus nombres y numero de caso y <b>saltar y completar la parte 4. Si no recibe algún beneficio, saltar y completar la parte 3.</b>																
Nombre Complete del Miembro del Hogar	Marque uno				Numero de caso del beneficio (No el numero de tarjeta EBT)											
1.	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Kin-GAP												
2.	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Kin-GAP												
3.	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Kin-GAP												
4.	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Kin-GAP												
5.	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDPIR	<input type="checkbox"/> Kin-GAP												
<b>Parte 3. TOTAL DE INGRESOS COMPLETOS PRA CADA MIEMBRO DE CASA (ANTES DE REDUCCIONES)</b>																
Listar todos los ingresos en la misma línea para cada persona que los reciba. Marque "X" en la columna de cada vez que lo reciba. Reporte el ingreso solo una vez.																
Enter gross income (total amount before taxes or deductions) and how often it is received.																
Nombres Completos (Listar <b>solamente</b> los miembros de casa que reciben ingresos)	Ingresos de Trabajo (antes de reducciones)	Beneficios de Welfare, Child Support o Alimenticia				Indique Pago de Pensiones, Jubilacion, Seguro Social y Beneficios de VA				Otros ingresos (como beneficios de unemployment)						
		Semanal	Cada Dos Semanas	Dos Veces x Semana	Mensualmente	Semanal	Cada Dos Semanas	Dos Veces x Semana	Mensualmente	Semanal	Cada Dos Semanas	Dos Veces x Semana	Mensualmente			
1.	\$					\$					\$					
2.	\$					\$					\$					
3.	\$					\$					\$					
4.	\$					\$					\$					

**Parte 4. FIRMAS Y ULTIMO CUARTO DIGITOS DE NUMERO DE SEGURO SOCIAL (DEBE SER FIRMADO POR UN ADULTO)**

Un miembro adulto del hogar deber firmar esta solicitud. **Si completo la Parte 3, el adulto firmando la forma debe incluir sus cuatro ultimo dígitos del Numero de Seguro Social o marcar la caja "Yo no tengo NUMERO DE SEGURO SOCIAL".** (Favor de ver la información con esta aplicación.)

**Código de Educación de California Sección 49557(a): Solicitudes para comidas gratis y reducidas pueden entregarse en cualquier día escolar. Alumnos participando en la Programa de Comida Escolar Nacional NO debe ser sobre identificado usando toquen especiales, boletos o líneas de servicios; separadas o áreas de comida; o de cualquier otra manera.**

*Yo clarifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es correcta y que he reportado todos mis ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales debido a la información que he proveído*  
*Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (confirmar) esta información. Entiendo que si di información falsa a propósito, mi hijo/a perderá los beneficios de comida y yo puedo ser sujeto de acciones judiciales.*  
*Yo entiendo que el estado de elegibilidad puede ser compartido como la ley lo requiere.*

Nombre del Adulto en Letra de Molde:	Firma del Adulto:	Fecha:
Domicilio:	Ciudad:	Estado: Codigo Posta;:
Numero de Teléfono:	Correo Electrónico:	
Últimos Cuatro dígitos del Numero de Seguro Social: XXX-XX- ____ __ __	<input type="checkbox"/> Yo no tengo Numero de Seguro Social.	

**Parte 5. IDENTIDAD ETNICA Y RAZA (OPCIONAL)**

Nombre Completo del niño	Marque Uno	Marque uno o mas (no importa le étnica)
1.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico
2.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico
3.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico
4.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico
5.	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Otra Isla del Pacifico

**FAVOR DE NO COMPLETAR LA INFORMACION DE ABAJO DE ESTA LINEA. PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE.**

Annual Income: Weekly x 52, Every Two Weeks x 26, Twice A Month x 24; Monthly x 12

Household size: \_\_\_\_\_ Household Total Income: \_\_\_\_\_ Per:  Week  Every Two Weeks  Twice A Month  Month  Year

Application Approved as:

Free based on:

- CalFresh
- CalWORKs
- FDPIR
- Kin-GAP

Reduced-price based on:

- Household Income

Application Denied based on:

- Income too high
- Application Incomplete

Directly Certified as:  Homeless  Migrant  Runaway  Head Start

Household Income

Zero Income

Foster Child Only

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Su hijo/a puede calificar para comidas gratis y reducidas si su ingreso esta en los limites de esta grafica.

Household size	Free Eligibility Scale for Lunch, Breakfast, and Milk					Reduced-Price Eligibility Scale for Lunch and Breakfast				
	Year	Month	Twice per Month	Every Two Weeks	Week	Year	Month	Twice per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 15,301	\$ 1,276	\$ 638	\$ 589	\$ 295	\$ 21,775	\$ 1,815	\$ 908	\$ 838	\$ 419
2	20,709	1,726	863	797	399	29,471	2,456	1,228	1,134	567
3	26,117	2,177	1,089	1,005	503	37,167	3,098	1,549	1,430	715
4	31,525	2,628	1,314	1,213	607	44,863	3,739	1,870	1,726	863
5	36,933	3,078	1,539	1,421	711	52,559	4,380	2,190	2,022	1,011
6	42,341	3,529	1,765	1,629	815	60,255	5,022	2,511	2,318	1,159
7	47,749	3,980	1,990	1,837	919	67,951	5,663	2,832	2,614	1,307
8	53,157	4,430	2,215	2,045	1,023	75,647	6,304	3,152	2,910	1,455
For each additional family member, add:										
	\$ 5,408	\$ 451	\$ 226	\$ 208	\$ 104	\$ 7,696	\$ 642	\$ 321	\$ 296	\$ 148

La Ley Nacional del Almuerzo Escolar de Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o cuando usted anota CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR u otro identificador FDPIR para su niño o cuando usted indica que el adulto del hogar quien firma la solicitud no tiene un NSS. El tamaño de su familia, los ingresos del hogar, y los cuatro últimos dígitos de su número de seguro social permanecerá confidencial y no será compartido. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, temor a represalias y, según corresponda, creencia política, estado civil, condición familiar o paternal, orientación sexual, si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los motivos prohibidos se aplicarán a todos los programas o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación bajo el programa de Derechos Civiles, llene el formulario de quejas por discriminación del programa del USDA 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 llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español).

El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.