



Eastern Sierra Unified School District

P.O. Box 575 – 231 Kingsley Street
Bridgeport, CA 93517
Telephone (760) 932-7443 – Fax (760) 932-7140

Heidi Torix
Superintendent

Board of Trustees

Ann Aylesworth
Jimmy Little
Ricky McCoy
Tim Sullivan
Bob Tems

NOTIFICACIÓN ANUAL A PADRES/TUTORES RESPECTO A SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES 2019-2020

Cada distrito escolar debe notificar a los padres y tutores sobre sus derechos legales y obligaciones respecto a programas específicos y/o actividades al inicio del primer semestre o trimestre del ciclo escolar habitual. A continuación, se resumen esos programas y actividades.

Después de repasarlos, por favor firmen y devuelvan el acuse de recibo adjunto indicando que han recibido y repasado estos materiales. También, por favor marque la casilla apropiada abajo la cual le permitirá al distrito enviarle versiones futuras de la Notificación Anual electrónicamente en lugar de una copia impresa.

Si tienen cualquier pregunta, favor de comunicarse con la oficina del Distrito.

Atentamente,

Superintendente de Distrito

ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES

La sección 48982 del C.E. requiere que los padres firmen y regresen esta confirmación. Al firmar abajo no estoy dando, ni negando mi consentimiento para que mi estudiante(es) participe en cualquier programa, ni estoy en acuerdo o desacuerdo con la información que contiene esta notificación. Solamente estoy indicando que he recibido y leído la notificación adjunta sobre mis derechos en lo que se refiere a las actividades que podrían afectar a mi estudiante(es).

- Deseo recibir la Notificación Anual del distrito entrando al sitio web del distrito
- Deseo recibir la Notificación Anual del distrito solamente por correo electrónico

Fecha: _____

Firma del Padre

Nombre del Estudiante (letra de molde)

Nombre del Padre (letra de molde)

Nombre del Estudiante (letra de molde)

(For Office Use Only)

____ Immunizations
____ Birth Certificate
____ Current TB
____ Proof of Residency

EASTERN SIERRA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
**FORMA DE INFORMACION
DE MATRICULACION**

(For Office Use Only)

____ Site
____ Grade

Enrollment date

Apellido de Esudiante Primer Seg. Fecha de Nacimiento Lugar de nacimiento

Sexo del estudiante Origen de Etnico Lenguaje Hablado en el Hogar Teléfono celular del estudiante

Direccion Fisica (Nombre de la calle) Apartado de Postal Teléfono de casa #

Nombre/Apellido del Padre o Apoderado #1 Etnicidad Teléfono celular Dirección de correo electrónico

Nombre/Apellido del Padre o Apoderado #2 Etnicidad Teléfono celular Dirección de correo electrónico

Padre / Tutor # 1 Empleador Teléfono del empleador Padre / Tutor # 2 Empleador Teléfono del empleador

Padre / Tutor # 1 - Nivel de Educación Padre / Tutor # 2 - Nivel de Educación

Persona para llamar en caso de emergencia #1 #2 #3

Hermanos y hermanas - Lista de todos los hermanos abajo

Nombre y fecha de nacimiento Nombre y fecha de nacimiento Nombre y fecha de nacimiento

Nombre de Medico de la Familia & Numero Nombre de la ultima Escuela a la que asistio el Estudiante

Vives en propiedad federal o tierra nativos? No Sí

Trabajas en propiedad federal o tierra nativos? No Sí

El padre / tutor está en servicio activo No Sí. Si es así, liste la rama _____ rango _____

Ha repetido este estudiante o Adelanto un grado? No Sí. Si es así, qué grado? _____

Ha participado este estudiante en cualquier programa de estudios especial? No Sí. If si es así, liste el programa _____

Tiene este alumno algún problema de salud? No Sí. En caso afirmativo explicar _____

Tiene este alumno alguna alergia? No Sí. Si es así a que _____

Está este estudiante en algún medicamento? No Sí. Si es así, qué medicamentos _____

Es necesario tomar el medicamento durante el horario escolar? No Sí

Hay algún otro problema que debemos conocer? No Sí. En caso afirmativo explicar _____

Está este estudiante actualmente expulsado de un distrito escolar público? No Sí. En caso afirmativo, explique el motivo y la duración de la expulsion _____

Por favor lista de nombre y relacion de los personas que tiene permission para recojer tu estudiante.

Nombre Relación Firma del padre o tutor

Nombre Relación Relación con el estudiante

Nombre Relación Fecha

Eastern Sierra Unified School District

Política de Uso Aceptable por parte de los Alumnos

Sitio _____ Nombre del Alumno _____

He leído y entiendo la Política de Uso Aceptable del Eastern Sierra Unified School District.

Entiendo que el distrito escolar me proporcionará equipo y acceso a la Internet para propósitos educacionales. Estoy de acuerdo de que usaré este equipo y el acceso sólo para dichos propósitos y en una forma que sea consistente con el plan de estudios y políticas educacionales adoptadas por el distrito. El acceso a la Internet es un privilegio, no un derecho. Entiendo que mi acceso será negado si abuso del privilegio, violo la Política de Uso Aceptable del Distrito, violo las reglas de esta política o participo en alguna actividad prohibida en la Internet. Leeré y acataré lo siguiente:

- La Política del Consejo del Distrito Escolar 6163.4 – Uso de Tecnología por parte del Alumno.
- Reglas para Protocolo /Actividades Prohibidas en la Internet.

Entiendo que si yo no acato estas reglas mi acceso al computador puede ser revocado.

Firma del Alumno: _____ Fecha: _____

Soy el padre/guardián del alumno mencionado anteriormente. Solicito que a mi alumno se le de una cuenta de usuario que le proporcione acceso a un computador, software, y a la Internet para propósitos educacionales. Revisaré con el alumno la Política del Consejo del Distrito 6163.4, Reglas para la Internet /protocolo/Prácticas Prohibidas en la Internet, y Política de Uso Aceptable. Entiendo que el acceso puede ser negado si se violan la política y las reglas.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha: _____

Exención de Permiso del Padre para Liberación de Fotografía y Trabajo del Alumno

Yo explícitamente declaro que tengo autoridad, ya sea como padre o como guardián legalmente designado, para ejecutar la liberación de derechos relativos a fotografía/películas/entrevistas de alumnos para uso en Impresión/Internet/medios electrónicos y la exención de responsabilidad, tanto en mi nombre como del niño mencionado más abajo.

Nombre del Niño (por favor, letra de molde)

Edad

Nombre del Padre o Guardián Legal (por favor, letra de molde)

Firma del Padre

Fecha

EASTERN SIERRA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

1. Yo, (nosotros), el (los) padre(s) responsables de _____ un menor, autorizo(amos) y consiento(imos) a cualquier transporte de emergencia o en una ambulancia, cualquier examen de radiografía, anestesia, diagnóstico médico, o quirúrgico, o tratamiento, y cuidado en un hospital, lo cual se considera aconsejable, y que será proveído bajo el cuidado general o supervisión especial de cualquier médico o cirujano según las provisiones del Acta del Práctica de Medicina, que sea parte del personal médico de cualquier hospital que posea licencia, y que el diagnóstico o tratamiento es proveído en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

2. Queda entendido que esta autorización es otorgada antes de que el estudiante reciba un diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital específico, pero es otorgada para dar autoridad y poder al médico y cirujano para hacer tal diagnóstico, tratamiento o cuidado de hospital, el cual él o ella puede considerar aconsejable en caso de una emergencia.

3. Además, queda entendido que en caso de que procedimientos de emergencia sean necesarios para mi niño(a), el costo incurrido es la responsabilidad de los padres y no del Distrito Escolar.

Fecha: _____ Teléfono: _____

Padre o Guardián Legal Dirección

Madre o Guardián Legal Dirección

Médico de la Familia: _____

Nombre Dirección Teléfono

Nombre Dirección Teléfono

Seguro(s) Médico(s) _____

Compañía No. de póliza Riesgos Cubiertos

Compañía No. de póliza Riesgos Cubiertos

NOTA: Esta "Forma de Consentimiento" es para proteger a todos a quienes le concierne. Por lo tanto, nos esforzaremos en recolectar los consentimientos y archivarlos en el archivo de records permanente de su niño(a) dentro de la primera semana de escuela. Complete una copia para cada alumno que asiste a la escuela.

RECUERDE, LOS ACCIDENTES PUEDEN OCURRIR DURANTE EL PRIMER DÍA DE ESCUELA

NOTA: Anote el número telefónico del padre (o las personas que pueden contactar el padre más rápido) en caso de emergencia.

Nombre

Número Telefónico

Nombre

Número Telefónico

Firma del Padre o Guardián

Fecha

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE EASTERN SIERRRA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE REGLAMENTOS Y TRANSPORTE DE VEHÍCULO

El distrito debe tener en archivo el consentimiento por escrito de un padre o tutor, a los estudiantes de transporte hacia y desde la escuela. Por favor, completar y regresar a la sección de permiso a continuación. El formulario se conservan en el archivo en la escuela de su hijo. La lista siguiente explica el comportamiento que se espera de cada estudiante cabalgando en el transporte de distrito.

1. Los estudiantes no deberán hablar al conductor cuando el vehículo está en movimiento excepto cuando sea necesario.
2. Ninguna parte del cuerpo se sobresale el vehículo en cualquier momento.
3. Ruido más allá de la conversación ordinaria no está permitido.
4. Tirar nada fuera del vehículo, incluso papel, está prohibido.
5. Tirar o disparos de objetos dentro del vehículo está prohibido.
6. Comer o beber en el vehículo está prohibido.
7. En el hábito de fumar o iluminación coincide con y encendedores en el vehículo está prohibida.
8. Reñir, lucha libre, empujar o empujando está prohibido.
9. Idioma obsceno o profano o gestos está prohibido.
10. Los alumnos deben sentarse correctamente en sus asientos hacia adelante en todo momento. Frente a la parte trasera o sentado hacia los lados, está prohibido poner los pies sobre los asientos o doblar las rodillas contra el asiento de espaldas.
11. Los alumnos deben permanecer sentados mientras el vehículo está en movimiento o mientras parado para el tráfico.
12. Los estudiantes no podrán reservar cualquier asiento en cualquier vehículo de otro estudiante.
13. Un estudiante (o sus padres) deben pagar por cualquier daño causado a cualquier vehículo por el estudiante.
14. Los estudiantes no podrán abandonar el vehículo en cualquier punto distinto su parada regular a menos que tengan la aprobación del conductor y una nota firmada de los padres y el principal.
15. La negativa a dar cabida en un asiento está prohibida.

Transporte del distrito es un privilegio y no un derecho. Transportado en un vehículo de la escuela de estudiantes estará bajo la autoridad de y responsable directamente al controlador. Cualquier violación de los reglamentos o falta de cooperación con el controlador anterior puede resultar en la eliminación de todos los privilegios de transporte durante varios días o, por una decisión de la Junta de la escuela, el resto del año escolar.

Controlador puede rechazar cualquier niño de transporte para la violación de cualquiera de los reglamentos anteriores.

Firmar a continuación y despegar para volver a la escuela.

CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE

He leído y comprender los reglamentos del vehículo. Conceder a mi permiso para que mis hijos _____
_____ a conducir el vehículo de distrito a la escuela y durante el actual año escolar.

Firma del padre o guardián

fecha

VIAJES EDUCATIVOS Y ACTIVIDADES DE LA ESCUELA

Si desea que sus hijos, enumerados anteriormente, que para deben figurar en todos los viajes de clase, y escuela patrocinado excursiones, sírvase indicar a continuación. Usted será notificado por la escuela cada vez que un viaje está previsto, pero esto servirá como un lapsus de permisos para cada vez y conservado en los archivos de registros de su hijo. Este permiso incluye actividades deportivas y después de las prácticas de la escuela. Si en cualquier momento, no desea su hijo para ir en un viaje particular, será apreciada una nota a su maestro.

_____ YES _____ NO

Firma del padre o guardián

fecha

Eastern Sierra Unified School District

Información acerca de las concusiones cerebrales

Una concusión es una herida cerebral y todas las heridas cerebrales son graves. Dichas heridas son causadas por un golpe ligero, un golpe fuerte a la cabeza, un movimiento repentino de la cabeza o por un golpe fuerte a otra parte del cuerpo con fuerza que se trasmite a la cabeza. Las heridas varían entre ligeras o graves y pueden interrumpir la manera en la que el cerebro funciona. Aunque la mayoría de las concusiones cerebrales son ligeras, **todas las concusiones cerebrales tienen el potencial de ser graves y si no se reconocen y tratan correctamente podrían tener como resultado complicaciones incluyendo daño cerebral prolongado o la muerte.** Eso quiere decir que cualquier “golpecito” a la cabeza podría ser grave. Las concusiones cerebrales no son visibles y en su mayoría las concusiones cerebrales que ocurren durante los deportes no ocasionan la pérdida de conciencia. Las señales y síntomas de una concusión cerebral podrían aparecer inmediatamente después de una herida o después de horas o días. Si su hijo(a) reporta cualquier síntoma de una concusión cerebral, o si se da cuenta de los síntomas de una concusión cerebral, por favor consiga atención médica sin demora.

Los siguientes son algunos de los síntomas de una concusión:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolor de cabeza• “Presión en la cabeza”• Náusea o vómito• Dolor de cuello• Problemas de equilibrio o mareos• Visión borrosa o visión doble• Sensibilidad a la luz o ruido• Decaído• Adormecido• Mareado• Cambios en los hábitos de dormir | <ul style="list-style-type: none">• Amnesia• “No se siente bien”• Fatiga o energía baja• Tristeza• Nervios o ansiedad• Irritabilidad• Más sensible• Confundido• Problemas con concentración o memoria (por ejemplo: olvidar las jugadas)• Repetir la misma pregunta o comentario |
|---|---|

Los siguientes síntomas son observados por compañeros, padres y entrenadores:

- Parece desorientado
- Tiene una expresión facial vacía
- Está confundido acerca de la tarea o actividad
- Se olvida de las jugadas
- Está confundido sobre el juego, los puntos o el oponente
- Se mueve torpemente o muestra una falta de coordinación
- Contesta las preguntas lentamente
- Arrastra las palabras
- Muestra cambios de comportamiento o personalidad
- No puede recordar los eventos que sucedieron antes de la colisión
- No puede recordar los eventos que sucedieron después de la colisión
- Ataques o convulsiones
- Cualquier cambio en el comportamiento típico o personalidad
- Pérdida de la conciencia

Eastern Sierra Unified School District
Información acerca de las concusiones cerebrales

¿Qué puede pasar si mi hijo(a) sigue jugando con una concusión cerebral o regresa a jugar antes de que este recuperado?

Los deportistas con señales o síntomas de una concusión cerebral deben dejar de jugar inmediatamente. Continuar jugando con las señales o síntomas de una concusión pone al deportista en riesgo de sufrir una herida más grave. La probabilidad de que se sufra daño significativo de una concusión aumenta cuando ha pasado un periodo de tiempo largo después de que sucedió la concusión, sobre todo si el deportista sufre otra concusión antes de recuperarse completamente de la primera. Eso puede traer como consecuencia una recuperación más prolongada o incluso una hinchazón cerebral (síndrome de segundo impacto) con consecuencias devastadoras o fatales. Es bien conocido que los deportistas adolescentes no reportan mucho los síntomas de sus heridas. Eso es el caso también con las concusiones cerebrales. Por lo mismo es importante que los administradores, entrenadores, padres y estudiantes estén bien informados, el cual es clave para la seguridad de los estudiantes deportistas.

Si cree que su hijo(a) ha sufrido una concusión

En cualquier situación donde se sospecha que un deportista tiene una concusión, es importante sacar a este estudiante del juego o entrenamiento inmediatamente. Ningún deportista puede volver a participar en la actividad después de sufrir una herida de cabeza o concusión cerebral sin el permiso de un doctor, no importa si la herida parece ser ligera o los síntomas desaparecen rápidamente. Se debe de observar cuidadosamente el mejoramiento del deportista por varias horas. El nuevo estatuto 313 de la Federación Interescolar de California (CIF por sus siglas en inglés) requiere la implementación de las siguientes normas para regresar a jugar un deporte después de sufrir una concusión, las cuales se han recomendado por muchos años:

“Cuando se sospeche que un estudiante deportista ha sufrido una concusión o herida de cabeza en un entrenamiento o juego, a este estudiante deportista se le debe sacar de la competencia en ese momento y por el resto del día”.

Y

“A un estudiante deportista que se le ha sacado del juego no podrá volver a jugar hasta que le evalué un doctor licenciado con capacitación en la evaluación y manejo de las concusiones y hasta que se reciba un permiso por escrito para volver a jugar de dicho doctor”.

También debe informar al entrenador(a) de su hijo(a) si piensa que ha sufrido una concusión cerebral. Recuerde que es mejor faltar un partido que faltar toda la temporada. Si existe alguna duda de que el deportista sufrió una concusión cerebral o no, se tomará precauciones y no podrá jugar.

Si desea información actual acerca de las concusiones cerebrales por favor visiten el sitio en Internet:
<http://www.cdc.gov/ConcussionInYouthSports/>

Nombre del estudiante deportista

Firma del estudiante deportista

Fecha

Nombre del padre, madre o tutor

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Estimado padre, madre o tutor:

ESUSD participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por \$3.00 y los desayunos por \$2.50. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis o al precio reducido de \$0.40 por el almuerzo y \$0.35 por el desayuno. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Un método sencillo y seguro de solicitar la asistencia es usar nuestra solicitud que se encuentra en línea en www.esusd.org.

CARTA PARA LOS HOGARES SOBRE LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

REQUISITOS: Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

Guía de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2019–Junio 30, 2020

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 16,237	\$ 1,354	\$677	\$ 625	\$ 313
2	21,983	1,832	916	846	423
3	27,729	2,311	1,156	1,067	534
4	33,475	2,790	1,395	1,288	644
5	39,221	3,269	1,635	1,509	755
6	44,967	3,748	1,874	1,730	865
7	50,713	4,227	2,114	1,951	976
8	56,459	4,705	2,353	2,172	1,086
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 5,746	\$ 479	\$ 240	\$ 221	\$ 111

SOLICITUD DE LA ASISTENCIA: No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del 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 de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) 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, llene una solicitud.

VERIFICACIÓN: Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

PARTICIPANTES DE WIC: Los 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) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START: Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Póngase en contacto con los funcionarios escolares al (760) 932-7443 para obtener ayuda.

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 podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

AUDIENCIA IMPARCIAL: Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Heidi Torix, PO Box 575, Bridgeport, CA 93517, (760) 932-7443.

PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE: La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES – Incluya a **TODOS LOS ESTUDIANTES** que asisten a ESUSD. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, 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, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

PASO 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.

A) 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.

B) 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.

C) 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.

D) 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”.

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN 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: 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.

SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA: Póngase en contacto con Kat Mullinax (760) 932-7443.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD: Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en District Office. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Atentamente,
Kat Mullinax, Food Services Coordinator

Año escolar [2019–20] ESUSD 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. También puede hacer su solicitud en línea en www.esusd.org. 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.			
			Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	12-15-2010	<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 FDPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR?

Si contestó **NO**, salte el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó **SÍ**, marque la casilla del programa pertinente, salte el PASO 3 y vaya al PASO 4.

CalFresh CalWORKs FDPIR

Anote el número de caso:

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

A. 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.	Ingresos totales de los estudiantes		Frecuencia
	\$		
Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Mensual, A = Anual			

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 (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 TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo		Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia		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 <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:
Dirección:	Teléfono:	
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.

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

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

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