



**MESA DIRECTIVA DE EDUCACIÓN**

Vicki King, Esq., *Presidenta*  
Debra H. Schade, Ph.D., *Vicepresidenta*  
Gaylin Allbaugh, *Secretaria*  
Dana King, *Miembro*  
Julie Union, *Miembro*

**SUPERINTENDENTE**

Jodee Brentlinger

10 de mayo de 2021

Estimados padres de familia/tutores:

El Centro de Desarrollo Infantil (CDC, por sus siglas en inglés) está ofreciendo un número limitado de becas para el programa de preescolar ciclo escolar 2021-2022. El preescolar del CDC está ubicado en la oficina central del Distrito Escolar de Solana Beach y el horario es de tiempo completo, lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Los criterios de elegibilidad son los siguientes:

- El menor debe tener cumplidos los tres (3) años de edad para el 1 de septiembre de 2021 y debe estar entrenado para ir al baño completamente solo (a).
- Calificar para el Programa de alimentos para el cuidado infantil y adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Educación de California.
- Residir dentro de la demarcación del Distrito Escolar de Solana Beach. En dado caso de que el menor se encuentre bajo custodia compartida, este debe dormir por lo menos tres (3) días a la semana en la casa del padre/tutor residiendo dentro de la demarcación del Distrito.
- No tener saldos pendientes en ninguno de los programas del CDC.

Para solicitar una beca para el preescolar del CDC, favor de llenar la solicitud de beca y el formulario de elegibilidad adjuntos y de presentarlos en:

Solana Beach Child Development Center  
Pre-K Scholarship  
309 N. Rios Ave.  
Solana Beach, CA 92075

Se otorgará un número limitado de becas por el orden que las solicitudes sean recibidas y tramitadas. Favor de presentar la solicitud de beca y el formulario de elegibilidad entre el 17 y 28 de mayo de 2021. Dentro de 10 días hábiles después del cierre del plazo de presentación de solicitudes, se les notificará a los padres sobre la decisión tomada.

De tener preguntas al respecto, favor de comunicarse con la oficina del CDC, al (858) 794-7160.

Atentamente,

Superintendente

**Centro de Desarrollo Infantil de Solana Beach**  
**Solicitud de beca para preescolar**

Ubicación: Solana Beach CDC: 309 N. Rios Ave., Solana Beach, CA 92075  
Horario: lunes - viernes, 7:00 a.m. - 5:00 p.m.

Año escolar: 2021 - 2022

Nombre del (de la) niño (a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_

Núm. de tel.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador o institución de enseñanza: \_\_\_\_\_

Núm. de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador o la institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_

Núm. de tel.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador o institución de enseñanza: \_\_\_\_\_

Núm. de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador o de la institución: \_\_\_\_\_

*Por favor tache cada una de las casillas para indicar que ha leído y entendido las políticas del Centro de Desarrollo Infantil de Solana Beach (SBCDC) con respecto a la solicitud de beca.*

- Entiendo que la elegibilidad de beca para el preescolar del Centro de Desarrollo Infantil (SBCDC) depende de los siguientes criterios:
- El menor debe tener cumplidos los tres (3) años de edad para el 1 de septiembre de 2021 y debe estar entrenado para ir al baño por sí solo (a).*
  - Calificar para el Programa de alimentos para el cuidado infantil y adultos (CACFP) del Departamento de Educación de California.*
  - Residir dentro de la demarcación del Distrito Escolar de Solana Beach. En dado caso de que el menor se encuentre bajo la custodia compartida entre los padres, este debe dormir por lo menos tres (3) días por semana en la casa del padre residiendo dentro de la demarcación del Distrito.*
  - No tener saldos pendientes en ninguno de los programas del CDC.*
- Entiendo que TODA la información que he proporcionado está sujeta a verificación.
- Entiendo que la falsificación o la omisión de cualquier información solicitada resultará en la descalificación del solicitante.
- Entiendo que las solicitudes de beca serán consideradas por el orden de llegada y que las becas son solamente válidas para el año escolar 2021 - 2022 (excluye programas de verano).
- Entiendo que no se proporcionará servicio de transporte y que soy responsable de dejar y recoger a mi hijo/a en las horas asignadas.
- Entiendo que si la solicitud está incompleta o no tiene los documentos correspondientes, ésta será devuelta, lo cual prolongaría el trámite de la solicitud o resultaría en la ineligibilidad del alumno.
- Entiendo que la beca sólo se otorga a niños matriculados a tiempo completo, lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. Las inasistencias solo serán justificadas por enfermedad o por razones personales justificables. Las inasistencias habituales pueden resultar en la pérdida de la beca.
- Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta. He leído y entendido las políticas y los procedimientos antes mencionados.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS PARA NIÑOS  
 AÑO DEL PROGRAMA 2021**

Nombre del centro de  
 cuidado infantil

Solana Beach Child Development Center (CDC)

Lea las instrucciones. Si necesita ayuda para llenar este formulario,  
 llame a:

Llene, firme y devuelva este  
 formulario a:

Solana Beach Child Development Center / Preschool Scholarship  
 309 N. Rios Ave.  
 Solana Beach, CA 92075

**1. INFORMACIÓN DE SUS HIJOS**

(Anote los nombres de todos los niños que reciben cuidado infantil)

Marque la casilla si el niño está bajo  
 cuidado adoptivo temporal ("foster child")  
 (es responsabilidad legal de una agencia  
 de bienestar o tribunal).

Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre	Si el menor está bajo cuidado adoptivo temporal, vaya a la sección 4 y firme el formulario.
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

**2. BENEFICIOS**

(Si recibe beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para su hijo, anote el número de caso y **no** llene la sección 3. Vaya a la sección 4.)

Número de caso de CalFresh:
Número de caso de CalWorks:
Número de caso de FDPIR:

**3. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

(Llene esta sección si **no** llenó la sección 2. Anote a todos los miembros del hogar. Anote todos los ingresos. Vaya a la sección 4).

Marque aquí si este hogar no recibe ingresos. Vaya a la sección 4.

NOMBRES	INGRESOS BRUTOS y la frecuencia con que se reciben (por ejemplo, semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente)*			
	INGRESOS DEL TRABAJO ANTES DE DEDUCCIONES	MANUTENCIÓN DE HIJOS, PENSIÓN ALIMENTICIA	PAGOS DE PENSIONES, RETIRO, SEGURO SOCIAL	OTROS INGRESOS
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$

\*Se pide a los solicitantes sin ingresos que anoten un **cero** en el campo pertinente o que marquen la casilla para indicar que el hogar **no recibe ingresos**. Cualquier campo de ingresos que se deje vacío es una indicación positiva de que no hay ingresos y certifica que no hay ingresos que declarar. Las solicitudes que tengan campos de ingresos vacíos se procesarán como completas.

#### 4. CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) Y FIRMA

(**SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS:** Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de caso de CalFresh, CalWORKs, FDPIR u otro programa autorizado es vigente y correcto, o que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información para recibir fondos federales; que funcionarios de la agencia pueden verificar la información que proporcioné en el Formulario de Asistencia para Comidas y que la falsificación deliberada de la información puede resultar en que se me enjuicie conforme a las correspondientes leyes estatales y federales).

Nombre en letra de molde:	
Últimos cuatro dígitos del SSN:	<input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene SSN
Firma del adulto:	Fecha:

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

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 brindar la información, pero si no lo hace no podemos aprobar al participante 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 presenta la solicitud en nombre de un menor bajo cuidado adoptivo temporal o anota un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP o CalFresh), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF o CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservation, FDPIR) para el participante u otro identificador (FDPIR), 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 el participante reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución del programa.

Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social podrían usarse para identificar al miembro del hogar al verificar la exactitud de la información declarada en el formulario. Esto puede incluir revisiones del programa, auditorías e investigaciones y podría incluir comunicarse con los empleadores para determinar los ingresos, comunicarse con la oficina de CalFresh, CalWORKs o FDPIR para determinar la certificación actual para recibir beneficios de estos programas, contactar a la oficina estatal de seguridad en el empleo para determinar la cantidad de beneficios recibidos y revisar la documentación presentada por el miembro del hogar para comprobar el monto de los ingresos recibidos. Estas medidas podrían resultar en una pérdida o reducción de los beneficios, reclamaciones administrativas o acciones legales si se declara información incorrecta. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social también pueden divulgarse a programas según lo autoriza la Ley Nacional de Almuerzos Escolares (NSLA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Nutrición Infantil (Child Nutrition Act), al Contralor General de los Estados Unidos y a funcionarios del orden público con el fin de investigar las infracciones de ciertos programas federales, estatales y locales de educación, salud y nutrición.

### 5. IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA

Usted no está obligado a contestar estas preguntas.

Si elije hacerlo, marque una o más de las siguientes identidades <b>raciales</b> :		
<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 otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco
Marque una de las siguientes identidades <b>étnicas</b> :		
<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No hispano o latino	

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE EE.UU.**

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](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 Avenue, SW  
 Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: 202-690-7442
- (3) Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

<b>FOR AGENCY USE ONLY (PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)</b>	
<b>CATEGORICAL ELIGIBILITY</b>	
CalFresh/CalWORKS/FDPIR household categorically eligible free? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Foster child automatically eligible free? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>INCOME ELIGIBILITY</b> Annual Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12	
Total Income:	Household Size:
Eligibility Classification <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced Price <input type="checkbox"/> Base	
Determining Official (Print Name):	
Determining Official Signature :	Certification Date:

## CÓMO LLENAR EL FORMULARIO DE ASISTENCIA PARA COMIDAS

Use las instrucciones a continuación para llenar, firmar y devolver el Formulario de Asistencia para Comidas a:

Si necesita ayuda, llame a:

**1. INFORMACIÓN DE SUS HIJOS:**

- a) Anote el nombre de su hijo.
- b) Marque la casilla a la derecha del nombre si el niño está bajo cuidado adoptivo temporal.
- c) Incluya el nombre del centro de cuidado infantil.

**2. BENEFICIOS:** Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.

- a) Anote el número o números de caso vigentes de CalFresh, CalWORKs o FDPIR de su o sus hijos.
- b) Firme el formulario en la sección 4. Un miembro adulto de su hogar debe firmarlo. No tiene que anotar un número de Seguro Social.

**3. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR:** Llene esta sección y firme el formulario en la sección 4.

Anote los nombres de todas las personas en su hogar, incluso si no tienen ingresos. Inclúyase a usted, su cónyuge, el menor para el que está haciendo la solicitud y todos los demás miembros del hogar. **Si su hogar tiene a algún niño bajo cuidado adoptivo temporal asignado formalmente por una agencia de bienestar infantil estatal o tribunal, puede elegir incluir a este o estos niños en esta lista.**

- a) Anote la cantidad de ingresos que cada persona recibió en el último mes antes de impuestos u otras deducciones y la fuente de esos ingresos, como pensiones y otro tipo de ingresos (vea los ejemplos de tipos de ingresos más adelante). Si eligió incluir a cualquier niño bajo cuidado adoptivo temporal, sólo debe indicar el ingreso de uso personal. **No debe declarar los pagos que recibe para el cuidado del niño bajo cuidado adoptivo temporal de parte de la agencia de adopción temporal.** Todas las cantidades de ingresos deben anotarse en la columna correspondiente del formulario. Si cualquier cantidad del último mes fue mayor o menor a la acostumbrada, anote el ingreso mensual usual de esa persona.
- b) Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote la cantidad de ingresos que dicha persona obtiene. Si necesita ayuda, llame al número que aparece al principio del formulario.
- c) Firme el formulario e incluya los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en la sección 4. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN".

**4. CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y FIRMA:**

- a) El formulario debe tener la **firma** de un miembro adulto del hogar.
- b) El miembro adulto que firma la declaración debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si no tiene un número de Seguro Social, marque la casilla que dice "Marque aquí si no tiene SSN". No necesita los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social si incluye un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR.

**5. IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA:** No está obligado a contestar esta pregunta para obtener asistencia para comidas, pero proporcionar esta información ayudará a dar un trato justo y equitativo a todos los participantes.

<p><b>Ingresos del trabajo:</b>          Sueldos/salarios/propinas          Beneficios por huelga          Indemnización por desempleo          Indemnización por accidente laboral          Ingreso neto del trabajo por cuenta propia</p> <p><b>Manutención de hijos/pensión alimenticia</b>          Pagos de asistencia pública          Pagos de manutención de hijos/pensión alimenticia</p>	<p><b>INGRESO QUE DEBE DECLARAR</b></p> <p><b>Pensiones/jubilación/retiro/seguro social</b>          Pensiones          Ingreso suplementario de seguridad (SSI)          Ingreso de retiro o jubilación          Pagos para veteranos          Seguro Social</p>	<p><b>Otros ingresos mensuales</b>          Beneficios por discapacidad          Efectivo retirado del ahorro          Intereses, dividendos          Ingresos de herencias/fideicomisos/inversiones          Contribuciones regulares de personas que no residen en el hogar          Regalías netas/anualidades/ingresos netos de alquileres          Subsidio militar para vivienda fuera de la base          Otros ingresos</p>
--	---	---

## DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS RACIALES Y ÉTNICAS

El gobierno federal estableció las siguientes cinco categorías raciales y una categoría étnica:

### RAZA:

**Indígena americano o nativo de Alaska**—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo Centroamérica) y que tiene afiliación con una tribu o adhesión a una comunidad tribal.

**Asiático**—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, Sudeste Asiático o Subcontinente Indio, incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Negro o afroestadounidense**—Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Se pueden usar términos como "haitiano" o "negro" además del de "negro o afroestadounidense".

**Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico**—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.

**Blanco**—Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos nativos de Europa, Medio Oriente o África del Norte.

### ORIGEN ÉTNICO:

**Hispano o latino**—Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano u otra cultura hispana, independientemente de la raza. El término de "origen hispano" se puede usar además de "hispano o latino."

**No hispano o latino**