

2019

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.			
				Foster	Homeless	Migrant	Runaway
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	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 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, sálmelo 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)

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 = Dos veces al mes, M = 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 (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 Household Members (Children and Adults)

D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

Check the box if **NO 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: _____

Correo Electrónico: _____

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

How Often? Weekly Bi-Weekly Twice a Month Monthly Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size

Eligibility Status: Free Reduced-price Paid (Denied)

Verified as: Homeless Migrant Runaway

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