

Año 2021-2022 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, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

PASO 1 – INFORMACIÓN DE ESTUDIANTES Y NIÑOS - Incluya todos los niños 18 años y menores. Agregue otra solicitud o hoja para incluir nombres adicionales

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.

Student ID	Anoté el nombre de CADA ESTUDIANTE Y NIÑO (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anoté el nombre de la escuela y el grado escolar	Anoté la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar o migrante o fugado del hogar.			
School Use Only	EJEMPLO: Joseph P Adams	All Saints School	12-15-2010	Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				<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 NO TIENE**, omita este PASO y vaya al PASO 3.

Si contestó SI, marque la casilla del programa perteneciente.

Omita el PASO 3, vaya al PASO 4.

Seleccione el Programa:

CalFresh CalWORKS FDIPIR

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Omita 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. Anote el período de pago en la casilla de "Frecuencia". S=Semanal, 2S=Cada 2 semanas, 2M=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluyéndose 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

Anoté el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Fre- cuen- cia	Asistencia Pública/SSI/ Child Support/pension alimenticia	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	Ingreso Total de los estudiantes	
					Frecuencia	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos) Marque la casilla si NO tiene SSN

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

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

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly 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: _____

Total Household Income
\$ _____

Categorical
 Error Prone

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 No Latino

Raza (marque uno o más):

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense
 Nativo de Hawai u otro isla del Pacífico Blanco

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 el recibo de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de las comidas y pueden ser procesados 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: **CA** Zona postal: _____

Correo Electrónico: _____