

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	# de Cupones de Alimentos o TANF (si aplica). Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF

Parte 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]

Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 3. Hijo de Crianza

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____. Vaya a la parte 5.

Parte 4. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe

1. Nombre (Anote a todos en su hogar) <i>(Ejemplo)</i> <i>Jane Smith</i>	2. Ingreso bruto y frecuencia <i>Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
	\$200/weekly _____	\$150/weekly _____	\$100/monthly _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	\$ ____ / _____	<input type="checkbox"/>

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ No tengo número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales: _____ Marque una identidad étnica: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Hispano Latino |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino |
| <input type="checkbox"/> De raza negra o Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Otro | |

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: ___ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Temporary: Free ___ Reduced ___ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____