

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO 2019-2020

| INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS | | | ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKs, KIN-GAP O BENEFICIOSFDPIR | | NIÑOS ADOPTADOS FOSTER | | FOR SCHOOL USE ONLY |
|----------------------------------|----------------|------------------------|---|----------------------------|------------------------|--|---------------------|
| APELLIDO | NOMBRE PRIMERO | ESCUELA (N/A, NINGUNA) | SI/NO | ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO | SI/NO | ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL MENSUAL DEL NIÑO | STUDENT ID |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SECCION B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. **Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.**

| APELLIDO PRIMER NOMBRE | SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS | PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL | BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO | CUALQUIER OTRO INGRESO | FOR SCHOOL USE ONLY: TOTAL MONTHLY INCOME |
|------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

SECCIÓN C. Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado /a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

| | | | |
|--|---------------|--|-------|
| FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA | | TELEFONO | FECHA |
| IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION | | Cuatro de los últimos números de la Seguridad Social/Escriba "NONE" si no social XXX-XX- | |
| DOMICILIO | | | |
| CIUDAD | CODIGO POSTAL | TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR | |

SECCIÓN D. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales: Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano-American Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico Blanco

2. Apunté un identidad étnico: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico

FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION

Free Reduced Denied Categorically **Free** with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits

| | | | |
|---|-----------------|--|-------|
| Zero Income, Temporary Free Until (Up to 45 calendar days from date of this determination): | | Direct Certified as: H M R EP <input type="checkbox"/> | |
| Year Round Track: | Household Size: | Household Income: | |
| Determining Official: | Date: | 2 nd Review – Official: | Date: |
| Verification Official: | Date: | Follow up: | |