

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:	