

[2015-2016] [Academia de Ciencias y Artes El Sol] Solicitud de comidas gratis o a precio reducido Llene una solicitud por hogar.

Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente". Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, en Head Start o Kin-GAP y los que cumplen con la definición de sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.	Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	¿Estudiante? Sí No	Bajo cuidado adoptivo temporal Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar, en Head Start	Número de caso de Kin-GAP
				<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 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) CalFresh CalWORKs FDIR **Número de caso:** _____

Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.** La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores.** La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar.**

A. Ingresos de los menores
En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)
Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos.** Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos totales de los menores \$ _____	¿Frecuencia?			
	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo \$ _____	¿Frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia \$ _____	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos \$ _____
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección (de existir) _____ No. de departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono o correo electrónico (opcional) _____ Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario _____ Firma del adulto que llenó este formulario _____ Fecha de hoy _____

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores **El USDA y el CDE son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.**

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marque una): Hispano o latino No hispano o latino | Raza (marque una o más): Asiático Indígena americano o nativo de Alaska Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Household Income <input type="text"/> <input type="text"/>	How often? Weekly <input type="radio"/> Bi-Weekly <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/>	Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied Reason: _____	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Kin-GAP <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Error Prone
Annual Income Conversion Weekly x52 Bi-Weekly x26 Twice Per Month x24 Monthly x12					
Determining Official _____	Date _____	Confirming Official _____	Date _____	Verifying Official _____	Date _____