

\*\*\*\*\* USO DE TINTA NEGRO O AZUL Y LETRA DE MOLDE CLARA Y DENTRO DE CAJAS \*\*\*\*\*

(Complete UNA solicitud por hogar)

**SECCION A. INFORMACION DE NIÑOS** Los hogares deben completar esta sección. Anote todos los ingresos (ganados) personales de los niños, por la cantidad y la frecuencia recibida y poniendo un círculo alrededor de los códigos correctos de Ingresos: **W** = Semanal, **E** = Cada 2 semanas, **T** = Dos veces al mes, **M** = Mensual, **A** = Anual.

Identidades Raciales y Étnicos (opcional) 1. Circule una identidad étnica: **N** = No hispano / latina o **H** = Hispano / Latino 2. Circule uno o más de las identidades raciales: (Independientemente del origen étnico) **A**=Asiático, **W**=Blanco, **B**=Negro o Africano-Americano, **I**=Indígena Americano o Nativo de Alaska, **P**= Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacífico

Apellido, Primer nombré	Nombre de Escuela Escriba "Ninguna" si no va a la escuela	GRADO	Marque "X" Si es Nino Foster	Marque "X" si no hay ingresos	los ingresos (ganados) personales de los niños	Fuente de ingresos (de trabajo)? O N / A No Aplicable	Cada Cuando le pagan (Circule)	Beneficio Tipo: CalFresh (SNAP), CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR	Numero del caso de Beneficio	Identidades Raciales y Étnicas: (Opcional)	
										Circule un Identidad étnica	Circule uno o más
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y			N OR H	A W B I P
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y			N OR H	A W B I P
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y			N OR H	A W B I P
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y			N OR H	A W B I P
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y			N OR H	A W B I P

Si el niño para el cual está aplicando no tiene un **H**: hogar/o sus padres son trabajadores, **M**: migrantes/o **R**: si es un niño quien ha dejado su hogar, póngase en contacto con la escuela y circule la letra apropiada: **H M R**

Los hogares que presenten una aplicación con un número de caso de beneficios de CalFresh / CalWORKs por cada niño o un adulto del hogar por favor, vaya a la Sección C y completa.

Un niño Foster que se encuentra bajo la responsabilidad de una agencia de cuidado de foster o de la corte es elegible para recibir comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a no fomentar los niños en el hogar.

**SECCIÓN B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:** Apunte *Mensual* los Ingresos bajo cada tipo de ingreso que cada miembro del hogar recibe y "Cada Cuando" se reciben los ingresos usando los siguientes códigos de Ingresos: **W** = Semanal, **E** = Cada 2 semanas, **T** = Dos veces al mes, **M** = Mensual, **Y** = Anual. Si no tiene ingresos, debe marcar la caja "No ingresos." "NO DEJE en blanco."

Nombre completo del Adulto (No repita los nombres de la Sección A)	Marque "X" si no hay ingresos	Ingresos del trabajo antes de las deducciones, Incluya todos los trabajos	Cada Cuando le pagan?	Indique Pago de Pensiones, Jubilación, Seguro Social, y Beneficios de VA	Ingresos origen?	Cada Cuando le pagan?	Beneficios de Welfare, Manutencion de hijos, alimenticia	Ingresos origen?	Cada Cuando le pagan?	Cualquier otro ingreso, incluyendo Ingreso Temporal	Ingresos origen?	Cada Cuando le pagan?	Tipo de Beneficio: CalFresh (SNAP), CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR	Anote el Beneficio
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				

**SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIONES, Y FIRMA:** El Código de Educación 49557(a): Las solicitudes para las comidas gratis o precios reducidos pueden ser sometida en cualquier momento durante ano escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico (prometo) que toda la información anterior es verdadera y correcta y todos los ingresos son reportado. Entiendo que esta información se da en la que figura en el recibo de fondos federales que las autoridades escolares pueden verificar la información sobre la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser procesado bajo las leyes estatales y federales.

Imprima el nombre del adulto de hogar completando esta forma. **DEBE TENER:** Firma del adulto miembro del hogar completando esta solicitud Fecha **Los últimos cuarto (4) dígitos del número de Seguro Social (SSN)**

Yo tengo seguro social  Yo no tengo seguro social

Declaración Federal de Información sobre la carta a los hogares

Dirección, Apt. #, etc. Ciudad Estado Código Postal Teléfono de casa Teléfono celular Correo electronico

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-FOR SCHOOL USE ONLY:**

Application Approved:  Free Based on:  CalFresh  CalWORKs  KinGAP  FDIPIR  Direct Certification

HSLD Size: \_\_\_\_\_ HSLD Annual Income: \$ \_\_\_\_\_

Determining Official's Signature & Date \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature & Date \_\_\_\_\_

Verification Official's Signature & Date \_\_\_\_\_

Denied Based on:  Income Too High  Incomplete

Reduced Based on:  Household Income

Direct Certified as: **H M R**  Household Income  Zero Income  Foster Child Only

The USDA and the CDE are equal opportunity providers and employers