

Esparto Unified School District

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN AÑO 2003-2004

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA A LA ESCUELA

FOR SCHOOL USE ONLY:		
ELIGIBILITY DETERMINATION		
HOUSEHOLD SIZE:	HOUSEHOLD INCOME:	
	\$	
FREE:	REDUCED:	DENIED:
YRE TRACK:	FS/CalWORKs/KinGAP/FDPIR:	
TEMPORARY FREE UNTIL:		
DETERMINING OFFICIAL:		DATE:

SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA DEBEN SER INCLUIDOS ESTA SECCION

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA FS, CalWORKs, KinGAP o BENEFICIOS FDPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER		FOR SCHOOL USE ONLY
Apellido	Nombre Primero	Escuela (N/A, ninguna)	SI/NO	Respuesta SI, Escriba el No. FS, CalWORKs, o BENEFICIOS FDPIR	SI/NO	Respuesta SI, escriba el ingreso personal mensual del niño	Student ID
1.							
2.							
3.							
4.							

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, KinGAP, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicacion es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el último mes. 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, KinGAP, o FDPIR. Firma la aplicación en la sección C. También incluya todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o incompleto 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 económica para niños, asistencia de divorcio	Cualquier otro ingreso	FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME
1.						
2.						
3.						
4.						

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION

Sección 49557(a) del Código de Educación de California
 La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados o otra forma de discriminación.
 El Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, [KinGAP], FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el Seguro Social del adulto de la casa quien firma la aplicación o indicar que el miembro del la casa firmando la aplicación no tiene un número de seguro social. No es obligatorio dar el seguro social, pero si no se da un número de seguro social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la aplicación no puede ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar el miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la aplicación. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de cuentas, y investigaciones y pueden incluir contacto con la oficina de empleos para determinar ingreso, beneficios, contacto con la oficina del estado de empleo seguro para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para averiguar la documentación producida de los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibida. Estos esfuerzos pueden resultar en pérdida o rebajo de beneficios, reclamo de administración o acciones legales si se reporta información incorrecta.

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:	Teléfono:	Fecha:
Imprima el nombre del adulto que firma esta aplicación:	Escriba su número de Seguro Social (SS#) aquí, o escriba «none» si usted no tiene uno	
Domicilio:		
Ciudad:	Código:	Total número de adultos y niños del hogar:

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

- Apunte uno o mas identidades raciales: () Indígena Americano o Nativo de Alaska () Asiático () Negro o Africano-Americano () Hawaiano Nativo o Islajero Pacifico () Blanco
- Apunte un identidad etnico : () De origen Latino o Hispanico () No de origen Latino o Hispanico

Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad.