

(Complete UNA solicitud por hogar) \*\*\* USE DE TINTA NEGRA O AZUL Y LETRA DE MOLDE CLARA DENTRO DE LAS CAJAS \*\*\*

SECCION A. INFORMACION DE NINOS		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 en los códigos correctos de Ingresos: <b>W</b> = Semanal, <b>E</b> = Cada 2 semanas, <b>T</b> = Dos veces al mes, <b>M</b> = Mensual, <b>A</b> = Anual.										
Identidades Raciales y Étnicas (opcional) 1. Circule una identidad étnica: <b>N</b> = No hispano / latina o <b>H</b> = Hispano / Latino 2. Circule uno o más de las identidades raciales: (Independientemente del origen étnico) <b>A</b> =Asiático, <b>W</b> =Blanco, <b>B</b> =Negro o Africano-Americano, <b>I</b> =Indígena Americano o Nativo de Alaska, <b>P</b> = Hawaiano Nativo o otro Islandero Pacífico		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)	Tipo de Beneficio: CalFresh (SNAP), CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	Numero del caso de Beneficio	Identidades Raciales y Étnicas: (Opcional)	
										Circule uno 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, continúe en la Sección C y complete.

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 los otros niños en el hogar.

**SECCIÓN B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:** Apunte 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)	Ingresos del trabajo antes de las deducciones, Incluya todos los trabajos- <i>Por Cheque</i>	Cada Cuando le pagan?	Indique Pago de Pensiones, Jubilación, Seguro Social, y Beneficios de VA	Origen de Ingresos	Cada Cuando le pagan?	Beneficios de Welfare, Mantencion de hijos, alimenticia	Origen de ingresos	Cada Cuando le pagan?	Cualquier otro ingreso, incluyendo Ingreso Temporal	Origen de Ingresos	Cada Cuando le pagan?	Tipo de Beneficio: CalFresh (SNAP), CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	Anote el Beneficio
<i>(ejemplo) Ricardo Lara</i>	\$ 199.98	W	\$ 141.65	Pensión	Y	\$ 99.99	Pensión alimenticia	M	\$ 550.00	Ahorro	M		
	\$		\$										
	\$		\$										
	\$		\$										
	\$		\$										
	\$		\$										

**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 entregadas en cualquier tiempo durante el año 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.

**DEBE TENER:**

Imprima del adulto miembro del hogar completando esta solicitud      Firma del adulto miembro del hogar completando esta solicitud      Fecha      Los últimos cuatro (4) dígitos del número de Seguro Social (SSN)

\_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

Yo no tengo seguro social

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

**PARE- NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA -FOR SCHOOL USE ONLY:**

Application Approved:      HSLD Size: \_\_\_\_\_      HSLD Annual Income: \$ \_\_\_\_\_      Determining Official's Signature & Date

Free Based on:       Direct Certified as: H M R       Reduced Based on:       Denied Based on:

CalFresh       Household Income       Income Too High       Household Income

CalWORKs       Zero Income       Incomplete

KinGAP       Foster Child Only

FDPIR

Direct Certification

Confirming Official's Signature & Date

Verification Official's Signature & Date