

**WATTS LEARNING CENTER CHARTER MIDDLE SCHOOL**

**2015-2016 Solicitud de comidas gratis o a precio reducido con opción de CalFresh**

Llene una solicitud por hogar. Use un bolígrafo o pluma (no use lápiz).

[T14-596 CDE Application, FRP Meals, with CalFresh Option; Spanish, Arial Font, 2 pages]

Haga su solicitud en línea en [insert Web address]

**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"/>		
			<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 ¿Alguno de los miembros 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  FDPiR **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.

Ingresos totales de los menores \$ \_\_\_\_\_

¿Frecuencia: Semanalmente  Cada 2 semanas  2 veces al mes  Mensualmente

**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 (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

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	¿Frecuencia			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al 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"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ _____	<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 tienen 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 dirección de 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):**

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroestadounidense
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

**OPCIONAL**

**Consentimiento del padre o tutor para compartir la información para solicitar beneficios de CalFresh –Conforme al artículo 49558(d) del Código de Educación de California**

Una vez obtenido el consentimiento, esta solicitud o la información que contiene **sólo** se compartirán con la agencia local de CalFresh y **sólo** para los fines relacionados directamente con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El padre o tutor del estudiante es el único que puede dar el consentimiento. En hogares de varias familias, el padre o tutor de cada estudiante debe firmar por sus propios hijos. Negarse a dar consentimiento no afectará el cumplimiento de los requisitos de su hijo para el programa de comidas gratis o a precio reducido.

**Nombre de los estudiantes – En letra de molde**

← Marque esta casilla si es el padre o tutor de todos los estudiantes anotados en el PASO 1 (en el reverso) para que consienta compartir esta solicitud como se indicó anteriormente. Escriba su nombre en letra de molde, firme y anote la fecha de hoy.


**Nombre del padre o padres – En letra de molde**

**Firma del padre o padres**

**Fecha**


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

Enter the number of Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3)

Total Household Income

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Annual Income Conversion:**  
Weekly x52 | Bi-Weekly x26  
Twice Per Month x24 | Monthly x12

**Approved as eligible for:**

- Free
- Reduced-Price
- Denied (Paid)

Reason: \_\_\_\_\_

**Verified as:**

- Homeless
- Migrant
- Runaway
- Head Start
- Kin-GAP

- Incomplete
- Error Prone

**Determining Official**

**Date**

**Confirming Official**

**Date**

**Verifying Official**

**Date**

--	--	--	--	--	--