

### Solicitud de alimentos gratis o a precio reducido año escolar 2019-2020 Distrito Escolar Unificado de Maxwell

Llene una solicitud por familia. Lea las instrucciones que vienen adjuntas con esta solicitud. Escriba en letra imprenta y use una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**La sección 49557(a) del Código Educativo de California dice: "Las solicitudes de alimentos gratis o a precio reducido se pueden entregar a cualquier hora del día escolar. Los niños que participan en el National School Lunch Program no se distinguirán porque usen fichas especiales, boletos especiales, filas o entradas separadas, utilicen áreas separadas para comer, u otra cosa que los distinga de los demás".**

**PRIMER PASO – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** Los niños de crianza y los niños bajo las categorías 'Sin techo, migrantes, o aquellos que han huido de casa son elegibles para el programa de alimentos gratis. Adjunto hay otra hoja por si hay más nombres.

Escriba el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que asistirá a la escuela (Nombre, Inicial, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y el grado		Fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla que corresponde <b>Crianza, sin techo, migrante o huyó de casa</b>			
	<b>EJEMPLO: José A. Gutierrez</b>	<b>Lincoln Elementary</b>		<b>1º</b>	<b>12-15-2010</b>	Crianza	Sin Techo
				<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"/>

### SEGUNDO PASO – PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR

Diga si **ALGUN** miembro de la familia (incluyéndolo a usted) actualmente es parte de cualquiera de los siguientes programas de ayuda:

Si este **NO** es el caso entonces omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si respondió <b>Sí</b> , no complete el PASO 3. Marque la casilla correspondiente, escriba el número del caso y proceda al PASO número 4.	<b>Elija el tipo de programa:</b> <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Escriba el número del caso:
---	---	-----------------------------

### TERCER PASO – DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Omita este paso si contestó Sí en el PASO 2)

<b>A. INGRESO ESTUDIANTE:</b> Algunas veces los estudiantes trabajan. Por favor incluya el TOTAL de los ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en el PASO 1. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual		Total Ingreso Estudiante		Cada cuanto		
		\$				
<b>B. OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Incluyéndolo a usted):</b> Nombre a TODOS los familiares enumerados en el PASO 1 aunque no tengan ingresos. Por cada miembro de la familia diga el TOTAL del ingreso de cada fuente y en dólares solamente. Si ellos no reciben ingreso de ningún lado, escriba "0". Si usted coloca "0" o deja el espacio en blanco, usted certifica (promete) que no existen ingresos que declarar. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual						
Escriba el nombre de <b>TODOS</b> los miembros de la familia (Nombre y Apellido)	Salario	Cada cuanto	Asistencia pública/SSI/ Pensión alimenticia	Cada Cuanto	Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos	Cada Cuanto
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
<b>Nº total miembros familia</b> (Niños y adultos)	Escriba los últimos 4 dígitos del seguro social de la persona cabeza de familia (SSN) y otros adultos miembros de la familia		Marque la casilla si no tiene seguro social <input type="checkbox"/>			

### CUARTO PASO – CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Testificación: "Yo testifico que (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que esta información se da al ser beneficiario de fondos provenientes del gobierno federal y que los empleados escolares pueden verificar esta información. Estoy al tanto que si doy información falsa, mis hijos pueden perder los servicios de comidas gratis, y yo puedo ser acusado bajo las leyes estatales y federales."

Firma del adulto que llenó este formulario:	
Nombre y apellido en letra imprenta:	
Fecha de hoy:	Número de teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	Estado:    Código postal:
E-mail:	

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY			
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly		Total Household Income	
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)		<input type="checkbox"/> Categorical
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway		<input type="checkbox"/> Error Prone
Determining Official's Signature:			Date:
Confirming Official's Signature:			Date:
Verifying Official's Signature:			Date:

<b>OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ORIGEN ÉTNICO DE LOS NIÑOS</b> Nos exigen pedir información sobre la raza y el origen étnico. Esta información es importante y nos ayuda a servirles mejor. El responder es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para que reciban comidas gratis o a precio reducido. <b>Origen Étnico (Marque una):</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <b>Raza (Marque una o más):</b> <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco
--