

Año escolar 2018-2019 DISTRITO ESCOLAR EVERGREEN Solicitud de alimentación gratis y con descuento

Complete una solicitud por grupo familiar. Departamento de Educación de California, mayo de 2016.

Lea las instrucciones incluidas con la solicitud sobre cómo postular. Use letra de imprenta y un bolígrafo. También puede realizar la solicitud a través de Internet en WWW.HEARTLANDAPPS.COM. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de alimentación gratis y con descuento se pueden entregar en cualquier momento durante el día de clases. Los niños que participan del Programa Escolar Nacional Federal de Almuerzo no serán identificados a través de fichas, boletos especiales, filas especiales, entadas separadas, comedores separados ni de ninguna otra forma."

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Definición de **membro del grupo familiar:** cualquier persona que vive con usted y comparte los ingresos y gastos, aunque no sean parientes.

Los niños en **crianza temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, emigrantes o que huyeron de casa** califican para recibir alimentación gratis. Adjunte otra hoja de papel para los nombres adicionales.

Ingrese el nombre de CADA ESTUDIANTE que asistirá a la escuela (Nombre, segundo nombre, apellido)	Ingrese la ESCUELA del estudiante	Ingrese la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante está en crianza temporal, no tiene hogar, es emigrante o huyó de casa				Nº de id. del estudiante
			En crianza temporal	Sin hogar	Emigrante	Huyó de casa	
EJEMPLO: Joseph P. Adams	Escuela Primaria Lincoln	12-15-2010	<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: PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR.

¿Hay **ALGÚN** miembro del grupo familiar (incluido usted) que participe actualmente en uno de los siguientes programas de ayuda? Si la respuesta es "NO", omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si la respuesta es "SI", no complete el PASO 3. Marque la casilla del programa correspondiente, ingrese un número de caso y luego complete el PASO 4.	Seleccione el tipo de programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Ingrese el número del caso:
---	---	-----------------------------

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Declaración: "Declaro (prometo) que toda la información indicada en esta solicitud es verdadera y correcta, y que he informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se entrega en relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Sé que, si entrego información falsa, mis niños pueden perder los beneficios de alimentación y puedo ser enjuiciado/a según las leyes estatales y federales correspondientes".

PASO 3: INFORME LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (omita este paso si respondió "sí" en el PASO 2).

A. INGRESO DEL ESTUDIANTE: A veces los estudiantes del grupo familiar reciben ingresos. Incluya aquí el ingreso TOTAL que reciben todos los estudiantes que se indican en el PASO 1. Informe el ingreso total en dólares completos antes de aplicar impuestos y descuentos. Ingrese el periodo de pago correspondiente. W = semanal, 2W = cada dos semanas, 2M = dos veces al mes, M = mensual, Y = anual.		Ingreso total de los estudiantes	Frecuencia			
		\$				
B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (incluido usted): Indique a TODOS los miembros del grupo familiar que no indicó en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Informe el ingreso TOTAL de cada fuente de todos los miembros del grupo familiar, solo en dólares completos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si indica "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos que informar. Informe todos los ingresos antes de aplicar impuestos y descuentos. Ingrese el periodo de pago correspondiente en la columna "frecuencia": W = semanal, 2W = cada dos semanas, 2M = dos veces al mes, M = mensual, Y = anual.						
Ingrese el nombre de TODOS LOS OTROS miembros del grupo familiar (nombre y apellido)	Remuneraciones de trabajo	Frecuencia	Ayuda pública/SSI/manutención/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/jubilación/todos los otros ingresos	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
Total de los miembros del grupo familiar (Niños y adultos)	Ingrese los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social (SSN) de quién recibe los ingresos principales o de otro miembro adulto del grupo familiar.		Marque la casilla si NO tiene SSN <input type="checkbox"/>			

Firma del adulto que completa este formulario:		
Nombre escrito:		
Fecha de hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		

DO NOT COMPLETE, OFFICE 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"/> Foster <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:	

OPCIONAL: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS
Tenemos la obligación de pedir la información sobre la raza y la etnia de sus niños. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que servimos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir alimentación gratis o con descuento.
Etnia (marque una opción):
<input type="checkbox"/> Es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
Raza (marque una o más opciones):
<input type="checkbox"/> Amerindio o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico