

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en escuela (Use una solicitud diferente para cada hijo de crianza)

Nombres de todos los niños en escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	# de Cupones de Alimentos o FEP, FDIPIR (si aplica). Vaya a la parte 5 si anota # de Cupones de Alimentos o TANF	# de alumno

Parte 2. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado.

Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Parte 3. Hijo de Crianza

Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque este bloque luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño mensualmente: \$ _____ Vaya a la parte 5.

Parte 4. Ingreso bruto de su hogar—Usted debe decirnos cuanto es y cuando lo recibe

1. Nombre (Anotar a todos en su hogar)	2. Ingreso bruto y frecuencia Ejemplo: \$100/mes \$100/dos veces al mes \$100/cada 2 semanas \$100/semanales				3. Marque si no hay ingresos
	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
					<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"/>

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso.)

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: X _____ Nombre deletreado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____ No tengo número de Seguro Social

Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático
- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Blanco
- Hawaiano o de otra isla del Pacífico
- De raza negra o Afro-Americano
- Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano Latino
- No Hispano ni Latino

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12
 Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____
 Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____
 Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Error Prone:
 Confirming Official's Signature: _____ Date: _____ Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____