

Año Escolar 2018-2019 Solicitud para Comida Gratis o a Precio Reducido con Opción CalFresh del Distrito Wright Elementary District.

Complete una solicitud por hogar.

Lea las instrucciones incluido con la Solicitud de cómo hacer la solicitud. Favor escriba en letra de molde y use una pluma. Esta institución es una empresa de oportunidad equitativa.

Código Educativo de California de Sección 49557(a): “Solicitudes para comidas gratis y a precio reducido se pueden entregar en cualquier momento durante el día escolar. Los niños participando en el Programa de Almuerzo Escolar Nacional federal no serán identificados abiertamente por el uso de fichas especiales, etiquetas especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro modo.”

Parte 1 – INFORMACION DE ESTUDIANTE

Niños Acogidos y niños quienes cumplen con la definición de **Sin Hogar, Emigrantes, o Huido** son elegibles para comidas gratis. Adjunte otra hoja de papel para nombres adicionales.

Escriba el nombre de CADA ESTUDIANTE quien asistirá a la escuela (Nombre de Pila, Inicial Media, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y el nivel académico		Escriba la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la caja que corresponde si el estudiante es Acogido, sin hogar, emigrante, o huído.			
	EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary		1º	12-15-2010	Niño Acogido	Sin Hogar
				<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"/>

Parte 2 – PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR

¿Hay ALGUN miembro del hogar (incluyendo sí mismo) que actualmente participa en uno de los siguientes programas de ayuda?

SI **NO**, Salte a PARTE 2 y complete Parte 3.

Si SÍ , no complete Parte 3. Marque la caja del programa que le corresponde, escribe un número del caso, y entonces vaya a PARTE 4.	Seleccione uno de los Tipos de Programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Escriba el Número del Caso:
--	---	------------------------------------

PARTE 4 –INFORMACION DE CONTACT Y FIRMA DE ADULTO

Certificación: “Yo certifié (promeso) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todo del ingreso se ha reportado. Yo entiendo que esta información se da en conexión con el recibo de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Yo tengo reconocimiento que si yo a propósito doy información falsa, mis niños pueden perder los beneficios de las comidas, y yo puedo estar procesado bajo las leyes estatales y federales que corresponden.”

Firma de adulto completando esta forma:	
Escriba el Nombre en Letra de Molde:	
Fecha de Hoy:	Número de Teléfono:
Dirección:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Correo Electrónico:	

STEP 3 – HAGA INFORME DE LOS INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Salte esta parte si contestó “Sí” en la PARTE 2)

A. INGRESOS DE ESTUDIANTE: A veces los estudiantes en el hogar ganan sueldos. Favor incluya aquí los ingresos TOTALES ganados por todos los estudiantes enumerados en PARTE 1. Haga informe de los ingresos totales en dólares enteros ganados antes de los impuestos y deducciones. Escriba el periodo de pago apropiado: W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anualmente			Ingresos Totales de Estudiante				Con Qué Frecuencia					
			\$									
B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR (incluyendo a sí mismo): Enumere TODOS los miembros del hogar no enumerados en PARTE 1 aunque no reciben ingresos . Por cada miembro del hogar, dé informe del ingreso TOTAL de cada fuente solamente en dólares enteros. Si ellos no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba “0”. Si escribe “0” o deja los espacios en blanco, Ud. certifica (prometiendo) que no hay ningún ingreso para reportar. Haga informe de todos los ingresos ganados antes de los impuestos y deducciones. Escriba el periodo de pago apropiado en la columna “Con Qué Frecuencia”: W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anualmente												
Escriba el nombre de TODOS LOS OTROS Miembros del Hogar (Nombre de Pila y el Apellido)	Ingresos del Trabajo	Con Qué Frecuencia	Ayuda Pública/ Apoyo de Niño/Pago de Alimenticia	Con Qué Frecuencia	Pensiones/de Retiro SSI/Todos Otros Ingresos	Con Qué Frecuencia						
	\$		\$		\$							
	\$		\$		\$							
	\$		\$		\$							
	\$		\$		\$							
Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos)	<input type="text"/>		Escriba los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social (SSN) del Asalariado Principal u Otro Miembro del Hogar				<input type="text"/>					Marque la caja si NO TIENE SSN <input type="checkbox"/>

NO COMPLETE. USO SOLAMENTE PARA LA ESCUELA

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 [] []	Approved: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> 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:

OPCIONAL – IDENTIDADES de ETNICIDAD Y DE RAZA DE LOS NIÑOS

Se requiere de nosotros de pedir la información sobre la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante y ayuda asegurar que estamos completamente sirviendo nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o a precio reducido.

Etnicidad (marque una):

- Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

- Indios americanos o nativos de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo hawaiano u otro de los archipiélagos del Pacífico Blanco

OPCIONAL – CONSENTIMIENTO DE COMPARTIR LA INFORMACION PARA LOS BENEFICIOS CALFRESH

Conforme al Código Educativo de California 49558(d)

Con consentir, esta solicitud o la información que contiene, **solamente** se compartirá con su agencia local de CalFresh y **solamente** para los propósitos directamente en relación a la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El consentimiento se tiene que dar solamente por el padre o tutor del estudiante. En los hogares con múltiples familias, el padre o tutor de cada estudiante tienen que firmar por sus propio(s) niño(s). Negar de proporcionar consentimiento no afectará la elegibilidad de su niño para el programa de comidas gratis y a precio reducido.

Marque esta caja si Ud. es el padre o tutor de **cada estudiante** enumerado en PARTE 1 para dar el consentimiento de compartir esta solicitud como se declara anteriormente. El padre o tutor tiene que escribir en letra de molde y firmar su nombre, y escribir la fecha de hoy abajo.

Escriba el Nombre de Padre/Tutor en letra de Molde: _____ Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha de Hoy: _____

En hogares con múltiples familias, el padre o tutor de cada estudiante tiene que aprobar y firmar por sus **propio(s) niño(s)**. Consentir de compartir esta solicitud como se declara anteriormente, el padre o tutor tiene que escribir en letra de molde y firmar su nombre, y escribir la fecha de hoy abajo.

Escriba en letra de Molde el Nombre de Estudiante	Escriba en letra de Molde el Nombre del Padre/Tutor	Firma del Padre/Tutor	Fecha de Hoy