

DISTRITO ESCOLAR DE PLEASANT VALLEY

NUEVO
 RENOVACIÓN

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS AÑO ESCOLAR 2015-2016

SOLICITE POR INTERNET EN: <https://univprep.vcoe.org/fsonline> O COMPLETE UN FORMULARIO POR HOGAR Y REGRESELO A LA ESCUELA

ESCRIBA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE LLENA Y FIRMA ESTE FORMULARIO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS 4 NÚMEROS) XXX-XX- O MARQUE AQUÍ SI NO TIENE UNO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Actualmente, ¿participa usted o cualquier otro miembro del hogar en uno o más de los siguientes programas de asistencia: CalFresh, CalWORKs, KinGap, SNAP, TANF o FDIPR? Sí / NO (circule uno). En caso afirmativo, por favor ingrese su número de caso aquí _____

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL NIÑO(S): Complete esta sección proporcionando información de todos los niños en el hogar independientemente de que asistan a la escuela o no.

INFORMACIÓN DE TODOS LOS NIÑOS Y ESTUDIANTES HASTA EL 12° GRADO			A VECES LOS NIÑOS EN EL HOGAR OBTIENEN INGRESOS. POR FAVOR INCLUYA EL TOTAL DE INGRESOS OBTENIDO POR TODOS LOS NIÑOS EN LA SECCIÓN A. INGRESO TOTAL DE LOS ALUMNOS \$ _____ <input type="radio"/> SEMANAL <input type="radio"/> QUINCENAL <input type="radio"/> 2X MES <input type="radio"/> MENSUAL			
ESCUELA	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	NIÑO ADOPTIVO	INDIGENTE, MIGRANTE, FUGITIVO
					SÍ / NO	SÍ / NO
					SÍ / NO	SÍ / NO
					SÍ / NO	SÍ / NO
					SÍ / NO	SÍ / NO

SECCIÓN B. MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS: Si en la Sección A usted ingresó un número de caso Cal Fresh, CalWORKs, Kin-GAP, SNAP, TANF o FDPIR, o si esta solicitud es para un niño adoptivo y usted declaró ingreso para uso personal, no llene la Sección B y vaya directamente al recuadro para la firma en la Sección C.
 (1) **Enumere todos los miembros adultos del hogar**, independientemente de los ingresos. (2) Indique la cantidad de ingresos de los miembros adultos del hogar que tuvieron ingresos el mes pasado, si no reciben ingresos, marque la burbuja de no ingresos. Si ingresa '0' o deja los espacios en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso para declarar. (3) **Ingrese cualquier cantidad de ingresos recibidos el mes pasado por un niño** de SSI, o pagos de asistencia de adopción; y (4) Si la cantidad del mes pasado fue de más o de menos de lo normal, introduzca la cantidad normal.

NOMBRE COMPLETO DE TODOS LOS ADULTOS EN EL HOGAR	INGRESOS DEL TRABAJO	ASISTENCIA PÚBLICA / MANUTENCIÓN / PENSIÓN ALIMENTICIA				PENSIÓN / JUBILACIÓN / TODO EL DEMÁS INGRESO				NO TIENE INGRESO							
		SEMANAL	QUINCENAL	2 VECES POR MES	MENSUAL	SEMANAL	QUINCENAL	2 VECES POR MES	MENSUAL	SEMANAL	QUINCENAL	2 VECES POR MES	MENSUAL	NO TIENE INGRESO			
		<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN
 El Acta de Almuerzos Escolares Richard B. Russell ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo o hija. Si usted está sometiendo una solicitud basada en ingreso, debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firme la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted solicita en representación de un niño adoptivo, si usted provee un número de caso de los programas Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo o hija, tampoco lo necesita si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo(s) o hija es elegible para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de desayuno y almuerzo. **PODEMOS** compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones del programa y con las autoridades para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.
 Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud. Soy consciente de que la falsificación deliberada de datos, podría ocasionar que mis hijos pierdan los beneficios de comida y me exponga a ser enjuiciado conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DEL ADULTO DEL HOGAR QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO	NÚMERO DE TELÉFONO ()	FECHA
---------------------------------------------------------	---------------------------	-------

SECCIÓN D. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL NIÑO O NIÑA (Opcional):

1. Marque una o más identidades raciales: Nativo americano o de Alaska Asiático Negro o africano americano Nativo Hawaiano or de otra isla del Pacifico Blanco

2. Marque una identidad étnica: De origen hispano o latino No de origen hispano o latino

PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE		FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION	
<input type="checkbox"/> Free	<input type="checkbox"/> Reduced	<input type="checkbox"/> Denied	<input type="checkbox"/> Categorically Free with CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits
Household Size:	Denial Reason:	Direct Certified as: H M R	EP <input type="checkbox"/>
Household Income:		2 nd Review – Official: _____	Date: _____
Determining Official:	Date: _____	Application# _____	
Verification Official:	Date: _____		