

**2015-2016 WEST SONOMA COUNTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT Solicitud para comidas escolares gratis y a precios reducidos**

Departamento de Educación de California, Junio 2015

El Código de Educación (49557(a): "Las solicitudes para las comidas gratis o precios reducidos pueden ser sometida en cualquier momento durante año escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá" con el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales, de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio.

\*\*\*Favor de usar un bolígrafo (no lápiz)\*\*\*\*

Haga su solicitud al [www.schoollunchapp.com](http://www.schoollunchapp.com)

\*\*\*Complete una sola solicitud por hogar\*\*\*

**PASO 1 Haga una lista de todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja)**

**Definición de Miembro del Hogar:** "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."  
**Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo** son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	IM	Apellido del Niño	¿Estudiante? Sí No	Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugitivo	Kin-GAP número de caso
			<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"/>		

Indique todo lo que sea pertinente:

**PASO 2 ¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Circule su respuesta: Sí / No**

Si usted indicó **SÍ** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4. (No completar el PASO 3)

CalFresh  CalWORKs  FDPIR

**No. de Caso:**

Si usted indicó **NO** > Completar PASO 3.

Escriba sólo un número de caso en este

**PASO 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'SÍ' en el PASO 2)**

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

**A. Ingreso del Niño**  
 A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso total ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (foster).

**B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)**  
 Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Ingresos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores o pensión matrimonial	¿Con qué frecuencia?				Pensión/Jubilación/ otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes		semana	quincenal	2x mes	1x mes
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				

**Total Ingreso del niño** \$

**Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar**

Indique si no hay SSN →

**PASO 4 Información de contacto y firma de adulto**

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible)  Apartamento #  Ciudad  Estado  Código Postal  Teléfono y correo electrónico (opcional)  Nombre del adulto que completa el formulario  Firma del adulto que llenó el formulario:  Fecha de hoy:

**OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños**

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

**Etnicidad (Marque uno):**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino **Raza (Marque uno o más):**  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Americano de Africano  Nativo o Hawái u Otro Isleño del Pacifico Sur  Blanco

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA-PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA- DO NO WRITE BELOW THIS LINE- FOR SCHOOL USE ONLY**

<b>Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Total Household Income</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	How often? Weekly <input type="radio"/> Bi-Weekly <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/>				<b>Annual Income Conversion</b> Weekly x52   Bi-Weekly x26   Twice Per Month x24   Monthly x12	<b>Approved as:</b> <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied Reason: _____	<b>Verified as:</b> <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Kin-GAP <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Error Prone
		<b>Determining Official</b> <input type="text"/>	<b>Date</b> <input type="text"/>	<b>Confirming Official</b> <input type="text"/>	<b>Date</b> <input type="text"/>				