SOLICITUD PARA LECHE/COMIDA GRATUITA Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO: Complete una solicitud por hogar por distrito escolar. Instrucciones al dorso.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

☐ Comprobar si la solicitud es propensa a errores

1. Todos los miembros del hogar (anexe otra hoja de papel si es necesario).

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	(solo para estudiantes) Nombre de la escuela	(solo para estudiantes) Grado	**NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF EXCLUSIVAMENTE** Pase a la Parte 4 si indica un número de caso de SNAP o TANF. Debe proporcionar al menos un SNAP/TANF a continuación. Si recibe Medicaid y no fue certificado directamente para obtener comidas gratis, **DEBE** presentar su solicitud basándose en el tamaño y los ingresos de su familia.	**Verificar si se trata de un/a niño/a de acogida ***
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

* Un/a niño/a de acogida es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

2. Sin hogar, migrante, fugitivo o Head Start (categóricamente elegible)

☐ Sin hogar ☐ Migrante ☐ Fugado ☐ Head Start

Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela _____ Fecha _____

3. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

A. (INCLUYA TODOS LOS **NOMBRES** DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	**INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ** (Ejemplo: $100/mes, $100/dos veces al mes, $100/quincena, $100/semana)							
	B. Ingresos del trabajo (Antes de deducciones)		**C.** Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia		**D.** Pensiones, jubilación, seguridad social		**E.** Indemnización por accidente de trabajo, desempleo, SSI, etc. (Todos los demás ingresos)	
	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?	Monto	¿Con qué frecuencia?
i.	$						$	
ii.	$						$	
iii.	$						$	
iv.	$						$	
v.	$						$	

4. Firma y Número del Seguro Social (un adulto debe firmar)

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firme el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla *"No tengo un Número del Seguro Social"*.

X X X - X X - _____
Número del seguro social

☐ **No** tengo un Número del Seguro Social.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (constatar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.

Fecha	*Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar*	*Firma del miembro adulto del hogar*

5. Información de contacto (Opcional)

Número de teléfono laboral (Incluir código de área)	*Número de teléfono particular (Incluir código de área)*	*Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)*

6. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:
☐ Hispano/Latino
☐ No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:
☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
☐ Blanco ☐ Indígena americano o nativo de Alaska

- LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA -

DETERMINACIÓN INICIAL

INGRESO TOTAL $ _____ **Por:** ☐ Semana ☐ Quincena ☐ Dos veces al mes ☐ mes ☐ Año **MIEMBROS DE LA FAMILIA:** _____ **CAMBIO EN LA SITUACIÓN:** _____ Fecha _____

Las LEA sólo deben anualizar los ingresos cuando se declaren ingresos múltiples, con frecuencias variables.
Conversión de ingresos anuales Semanal X 52 Quincenal X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

☐ **Gratis por:**
☐ sin hogar
☐ migrante
☐ fugado
☐ Head Start
☐ SNAP o TANF
☐ niño/a de acogida
☐ ingresos del hogar

☐ **Reducido por:**
☐ ingresos del hogar

☐ **Rechazada--razón:**
☐ ingreso demasiado alto
☐ solicitud incompleta
☐ SNAP/TANF que no cumple los requisitos

Fecha del retiro: _____

Firma del funcionario que toma la decisión _____ Fecha: _____