

Solicitud para Comida Gratis o al Precio Reducido para 2017-2018

Devuélvala directamente a:
 CUSD Servicios de Nutrición
 2455 Carmichael Drive
 Chico, CA 95928

Llene UNA Solicitud por Casa

******LLENE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO******

¿Preguntas? Llame al 891-3021 x 204

Parte 1 APUNTE TODOS LOS NIÑOS Y ESTUDIANTES DE LA CASA. MARQUE LA CAJA APLICABLE Y ESCRIBA EL NÚMERO DE CASO SI RECIBEN BENEFICIOS DE ALGUN PROGRAMA ENUMERADO A CONTINUACIÓN. TAMBIEN APUNTE CUALQUIER ADULTO QUE RECIBE BENEFICIOS Y EL NÚMERO DE CASO.

Nombre completo (Apellido, Primer Nombre)	Nombre de la escuela que asista	"X" SI ES ADULTO	Si cualquier miembro de su casa recibe beneficios de CalFresh (estampillas de comida), CalWORKs, (Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad a los Niños), FDPIR (Distribución de Comida en Reservas de Indios), or KinGAP (Pago de Ayuda para Tutela Parentesco), provea el número de caso a continuación y saltese Parte 2 (No provea información de Medical). Si nadie recibe estos beneficios, continúe con Parte		Marque "X" si es niño foster	Si es niño foster, apunte sus ingresos personales
			Marque la caja si es pertinente y indique el número de caso en la próxima columna	Indique número de caso (No el # de la tarjeta EBT)		
			<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
			<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
			<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
			<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
			<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> Kin-GAP			

Parte 2 SECCIÓN DE INGRESOS: APUNTE TODOS LOS ADULTOS DE LA CASA Y TODOS LOS INGRESOS DE LA CASA DEL MES PASADO ANTES DE LAS DEDUCCIONES. INCLUYA CUALQUIER INGRESO RECIBIDO POR O PARA UN NIÑO. MARQUE "X" EN LA COLUMNA PARA INDICAR LA FRECUENCIA

Nombre completo de TODOS LOS ADULTOS, si tienen ingresos o no. También apunte cualquier ingreso recibido por o para un niño. Incluya sueldos de trabajo, SSI, manutención de menores, y pagos de Apoyo de Adopción	SI NO TIENE INGRESOS MARQUE "X" EN LA CAJA PERTINENTE. Un campo dejado en blanco es una indicación positiva que no hay ingresos para reportar.																				
	Todos sueldos de trabajo (antes de las deducciones)	"X" SI NO INGRESOS	Por semana	Por quincena	Dos veces al mes	Mensual	Manutención de menores, Pensión matrimonial	Por semana	Por quincena	Dos veces al mes	Mensual	SSI, Seguro Social, Pensión, Jubilación, Beneficios de Veteranos o de Discapacidad	Por Semana	Por quincena	Dos veces al mes	Mensual	Todos otros ingresos (beneficios de desempleo, etc.)	Por semana	Por quincena	Dos veces al mes	Mensual
\$						\$					\$					\$					
\$						\$					\$					\$					
\$						\$					\$					\$					
\$						\$					\$					\$					
\$						\$					\$					\$					

Número total de personas en la casa _____

PARTE 3 CONTINUA AL OTRO LADO

Parte 3 Un adulto de la casa necesita firmar la solicitud. Si se ha llenado Parte 2 (sección de ingresos), el adulto que firma el formulario necesita proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la caja de "No tengo número de Seguro Social" (Véase la declaración a continuación)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdad y que he reportado todos los ingresos. Yo comprendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que proveo. Yo comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (chequear) esta información. Yo comprendo que si yo doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado. Yo comprendo que se puede compartir el estado de elegibilidad de mis niños como permitido por la ley.

NOMBRE DEL ADULTO (IMPRIMIDO):			FIRMA DEL ADULTO (requerido):		FECHA:
DIRECCIÓN POSTAL:			ÚLTIMOS 4 DIGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX- _____		<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social.
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	NUMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN DE COREO ELECTRONICO:	

Código Educativo de California Sección 49557(a): Se puede entregar solicitudes para comida gratis o al precio reducido a cualquiera hora del día escolar. Niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar NO serán identificados por el uso de fichas, boletos, o líneas de servicio especiales; entradas o lugares de comer seperados; o por cualquiera otra manera.

Parte 4. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

- 1.) Marque uno o más identidades raciales: Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Africano Americano Blanco Nativo de Hawaii o otro Isleño del Pacífico
- 2.) Marque un identidad étnica : Hispano or Latino No Hispano o Latino

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar de Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar su niño para comida gratis o al precio reducido. Si usted entrega una solicitud basada en los ingresos, necesita incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando se solicita por parte de un niño foster; provee un número de caso de CalFresh, Cal WORKS, FDPIR o Kin-GAP o provee otro identificador de FDPIR para su niño; o indica que el adulto de la casa que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Usaremos la información del número de personas en su casa y sus ingresos para determinar si su niño califica para comida gratis o al precio reducido, y para la administración y la aplicación de los programas de almuerzo y desayuno.

*******NO COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. ES PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE*******

Household size: _____ Household Total Income: _____ Per: Week Every Two Weeks Twice A Month Month Year

Application Approved as FREE based on:

- Reduced-priced
- Household Income
- CalFresh
- CalWORKs
- FDPIR
- KinGap
- Zero Income
- Directly Certified as: Homeless Migrant Runaway Head Start
- Foster Child

Application Denied based on:

- Income too high
- Application Incomplete

EP Selected for Income Verification

Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Da

Follow-Up Signature: _____ Date: _____

Verification Official's Signature: _____ Date: _____