

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO CABRILLO

498 Kelly Avenue • Half Moon Bay, CA 94019 • www.cabrillo.k12.ca.us

Estimado Padre o Tutor:

Los niños necesitan alimentos saludables para aprender. El Distrito Escolar Unificado Cabrillo ofrece comidas saludables cada día escolar. Los alumnos pueden comprar el almuerzo por \$4.00 y/o desayuno por \$2.00 (El desayuno es gratuito para todos los alumnos de pre-kínder hasta el octavo grado antes del día escolar). Los alumnos elegibles pueden recibir comidas gratuitas o a un precio reducido de 40¢ por almuerzo y/o 30¢ por desayuno. Usted o su niño no tiene que ser ciudadano de los E.E.U.U o tener documentos para calificar para alimentos gratis o a precio reducido.

A continuación encontrará algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle a determinar la elegibilidad de su hijo para el programa de comidas:

1. **¿NECESITO DE COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA HIJO?** No. **Use solamente una *Solicitud para Comidas Gratuitas y a Precio Reducido para todos los alumnos en su hogar.*** No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, asegúrese de completar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa al: Departamento de Servicios de Alimentos, CUSD, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay CA 94019.
2. **¿QUIEN PUEDE RECIBIR COMIDA GRATUITA?** Todos los niños en hogares recibiendo beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo de California y Responsabilidad a Niños (CalWORKs), Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR) o el Programa de Pago y Asistencia de Tutela Familiar (Kin-GAP) pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus niños pueden recibir comidas gratis si su ingreso bruto esta dentro de los límites de la Elegibilidad de Ingresos Federales.



Si usted ha recibido un AVISO de CERTIFICACIÓN DIRECTA para comidas gratis, **no** complete la solicitud. Pero **si avise** a la Oficina de Servicios de Comidas si algún niño en su hogar no aparece en el **AVISO del la CERTIFICACIÓN DIRECTA** que usted recibió.

3. **¿PUEDEN LOS HIJOS DE CRIANZA RECIBIR COMIDA GRATUITA?** Si, hijos de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratuitas, pero su elegibilidad no se puede extender a otros hijos que no sean hijos de crianza que viven en el mismo hogar. Hogares con/sin hijos de crianza son animados a completar una solicitud ya que hijos de crianza pueden ser contados como miembro del hogar, lo que le puede ayudar a la familia con/sin hijos de crianza calificar para comidas gratis o comidas a precio reducido basado en el tamaño del hogar y el ingreso.
4. **¿NIÑOS SIN VIVIENDA, DESERTOR, HEAD START, Y MIGRANTES CALIFICAN PARA COMIDA GRATUITA?** Si, hijos que cumplen la definición de niños sin hogar, desertor, Head Start, o migrante son elegibles para comidas gratuitas. Si usted cree que los niños que viven en su hogar cumplen con estas descripciones y no le han dicho que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor comuníquese conmigo o envíeme un correo electrónico: Margie Dougherty at 650-712-7117 o doughertym@cabrillo.k12.ca.us
5. **¿QUIEN PUEDE RECIBIR COMIDAS A PRECIO REDUCIDO?** Sus hijos pueden recibir comidas a precio reducido si su ingreso familiar esta dentro de los limites de precio reducido en la Guía de Ingresos Elegibles, que esta mostrado en la última página del paquete de solicitud.
6. **¿DEBO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI RECIBÍ UNA CARTA ESTE AÑO ESCOLAR QUE INDICA QUE MIS HIJO FUERON APROBADOS PARA COMIDA GRATIS?** No, pero por favor lea la carta que recibió cuidadosamente y siga las instrucciones. Si tiene alguna pregunta, hable al Departamento de Servicios de Comidas al 650-712-7117.
7. **LA SOLICITUD DE MI HIJO FUE APROBADO EL AÑO PASADO. ¿NECESITO DE COMPLETAR UNA NUEVA?** Si, si usted quiere participar en el programa de comidas. La solicitud de su hijo es válida solo ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Si necesita una nueva solicitud, al menos que la escuela le dijo que su hijo es elegible para comidas gratis o a precio reducido para el nuevo año escolar.
8. **YO RECIBO BENEFICIOS PARA MUJERES, INFANTES, Y NIÑOS (WIC); ¿MIS NIÑOS PUEDEN RECIBIR COMIDA GRATUITA?** Niños en hogares que participan en WIC **pueden** ser elegibles para comidas gratis o a precio reducido. Por favor complete y mande la solicitud.
9. **¿LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERA REVISADA?** Si. También podemos pedirle que nos envíe una prueba por escrito de sus ingresos y el intervalo (la frecuencia) en que la recibe.

10. ¿SI NO CALIFICO AHORA, PUEDO SOLICITAR DESPUÉS? Si, usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, un niño con un padre o tutor que se queda sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis o a un precio reducido si el ingreso del hogar cae por debajo del límite(s) de ingresos o a precio reducido.
11. ¿QUE PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD? Llame a la oficina del Departamento de Servicios de Comidas para una revisión informal al 650-712-7117. La mayoría de las preguntas pueden ser resueltas por teléfono. Usted también puede solicitar una audiencia formal llamando o escribiendo a: John Corry, Asistente del Superintendente, Personal y Servicios Estudiantiles al 650-712-7109, o por correo a CUSD, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay, CA 94019.
12. ¿PUEDO COMPLETAR UNA SOLICITUD SI ALGUIEN EN EL HOGAR NO ES E.E.U.U.? Si. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses o tener documentos para calificar para recibir comidas gratis o a un precio reducido.
13. ¿A QUIENES TENGO QUE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI FAMILIA? Usted debe incluir a todas la personas que viven en su hogar, parientes o no parientes (como abuelos, otros parientes o amigos) que comparten ingresos y gastos. Se tiene que incluir usted y todos los niños que viven con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independiente (por ejemplo: personas que usted no mantiene económicamente, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos, y que pagan una porción de los gastos), no los incluya.
14. ¿QUE PASA SI MI INGRESO SIEMPRE ES EL MISMO? Anote la cantidad que **normalmente** recibe. Por ejemplo, si normalmente hace \$1,000 cada mes, pero se ausento del trabajo el mes pasado y solo hizo \$900, diga en la solicitud que recibe \$1,000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, inclúyalo, pero no lo incluya si ocasionalmente trabaja horas extras. Si usted ha perdido su trabajo o le han reducido su salario, utilice sus ingresos actuales.
15. ESTAMOS EN EL SERVICIO MILITAR. ¿INCLUIMOS NUESTRO SUBSIDIO DE VIVIENDA COMO INGRESO? Si usted recibe un subsidio de vivienda afuera de la base, debe incluirlo como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso.
16. MI CÓNYUGE ESTA DESTINADO EN UNA ZONA DE COMBATE. ¿SU PAGO DE COMBATE DEBERÍA SER CONTADO COMO INGRESO EN NUESTRO HOGAR? No. Si el pago de combate es recibido en adición al pago básico por su despliegue y que no fue recibido antes de que se desplegaron, no incluya el pago de combate como ingreso. Comuníquese con la escuela de su hijo para más información.
17. MI FAMILIA NECESITA AYUDA FINANCIERA Y/O RECURSOS ADICIONALES ¿HAY OTROS PROGRAMAS EN QUE PODAMOS PEDIR AYUDA? Para saber cómo solicitar CalFresh u otros beneficios de asistencia del programa, comuníquese con su oficina de asistencia local o llame a CalFresh al **1-877-847-3663 (FOOD)**

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda, llame al 650-712-7117 o 650-712-7167.

Atentamente,

Margie Dougherty

Técnico del Departamento de Servicios de Alimentos

INSTRUCCIONES SOLICITAR EL PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR NACIONAL

NOTA: UN MIEMBRO DEL HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO VIVIENDO CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS CALFRESH, CALWORKS, FDPIR, O KIN-GAP, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1:** Enliste todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si es que lo sabe).
- Parte 2:** Anote el número del caso de cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que reciben beneficios CalFresh, CalWORKs, FDPIR, o KIN-GAP.
- Parte 3:** Pase esta parte.
- Parte 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social **no** son necesarios.
- Parte 5:** Contesté la pregunta si elige.

Entregue la forma completa a la oficina de su escuela o envíe por correo a la oficina del Distrito, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay, CA 94019, Atención: Food Service. (Servicios de Alimentos).

SI ALGUIEN EN SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS CALFRESH, CALWORKS, FDPIR, O KIN-GAP Y SI UN NIÑO EN SU HOGAR ES ESTUDIANTE SIN VIVIENDA, MIGRANTE, O DESERTOR, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Parte 1:** Enliste todos los miembros del hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si es que lo sabe). Si algún niño que usted está solicitando no tiene vivienda, es migrante, está en Head Start, o es desertor, marque la casilla correspondiente.
- Parte 2:** Pase esta parte
- Parte 3:** Complete sólo si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Vea las instrucciones para todos los demás familiares.
- Parte 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios si usted no completo la Parte 3.
- Parte 5:** Contesté la pregunta si elige.

Entregue la forma completa a la oficina de su escuela o envíe por correo a la oficina del Distrito, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay, CA 94019, Atención: Food Service. (Servicios de Comidas).

SI ESTA SOLICITANDO EN NOMBRE DE UN HIJO ADOPTIVO, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

- Si **todos** los niños en el hogar son niños adoptivos:
 - Parte 1:** Lista de todos los niños adoptivos y el nombre de la escuela de cada niño. Marque la casilla para indicar que es un niño adoptivo.
 - Parte 2:** Pase esta parte
 - Parte 3:** Pase esta parte
 - Parte 4:** Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del Seguro Social no son necesarios.
 - Parte 5:** Contesté la pregunta si elige.
- Si **algunos** niños en el hogar son niños adoptivos:
 - Parte 1:** Lista de todos los miembros en el hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si es que lo sabe). Para cualquier persona que no está recibiendo ingresos, incluyendo niños, tiene que marcar la casilla "No Tiene Ingresos". Marque la casilla para cada niño adoptado. Si algún niño que usted está solicitando comida no tiene vivienda, es migrante, está en Head Start, o es desertor, marque la casilla apropiada. Si tiene preguntas llame a la Oficina de Servicios de Comidas al 650-712-7117.
 - Parte 2:** Pase es parte
 - Parte 3:** Solamente complete si un niño en su hogar no es elegible bajo la Parte 1. Vea las instrucciones para los demás familiares.
 - Parte 4:** Un adulto miembro del hogar tiene que firmar la solicitud y poner los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social (o marque en la casilla con una **X** si es que no tiene uno).
 - Parte 5:** Contesté la pregunta si elige.

Entregue la forma completa a la oficina de su escuela o envíe por correo a la oficina del Distrito, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay, CA 94019, Atención: Food Service. (Servicios de Alimentos).

TODOS LOS OTROS HOGARES, INCLUYENDO HOGARES CON WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Lista de todos los miembros en el hogar y el nombre de la escuela de cada niño (si es que lo sabe). Para cualquier persona que no está recibiendo ingresos, incluyendo niños, tiene que marcar la casilla "No Tiene Ingresos". Si algún niño que usted está solicitando comida no tiene vivienda, es migrante, está en Head Start, es un niño adoptado, o es desertor, marque la casilla apropiada.

Parte 2: Pase esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar de este mes o el mes pasado.

- **Nombre:** Lista de todos los miembros en el hogar **con** ingresos.
- **Ingreso bruto y con qué frecuencia lo recibe:** Por cada miembro del hogar con ingresos, anote cada tipo de ingreso recibido durante el mes. Usted debe decirnos con qué frecuencia se recibe el dinero—semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, o mensual.
 - **Ingresos del trabajo antes de las deducciones:** Asegúrese de anotar el **ingreso bruto**, no el salario después de las deducciones. El ingreso bruto es la cantidad ganada **antes** de los impuestos y otras deducciones. Usted debe ser capaz de encontrarlo en su talón de cheque o su empleador le puede decir.
 - **Ingreso recibido de asistencia social, manutención de hijos, o manutención de pareja:** Anote la cantidad que cada persona recibe.
 - **Ingresos recibidos del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de veteranos, beneficios de jubilación, o beneficios por discapacidad:** Anote la cantidad que cada persona recibe.
 - **Otros Ingresos:** Compensación de Trabajo, desempleo beneficios de huelga de la lista de trabajadores, contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar con usted, y cualquier otro ingreso. No incluya beneficios de WIC, educación federal, y pagos de niños adoptivos recibidos por la familia de la agencia de colocación. **Solo** trabajadores que trabajan por su propia cuenta bajo **Ingresos de Trabajo**, declare los ingresos después de los gastos. Esto es solo para su negocio, granja, o propiedad rentada. Si usted está en la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares o recibe pago de combate, no incluya esos sueldos como ingresos.

Parte 4: Un adulto, miembro del hogar tiene que firmar la solicitud y poner los últimos cuatro dígitos de su Seguro Social (o marque en la casilla con una **X** si es que no tiene uno.)

Parte 5: Contesté la pregunta si elige.

Entregue la forma completa a la oficina de su escuela o envíe por correo a la oficina del Distrito, 498 Kelly Ave., Half Moon Bay, CA 94019, Atención: Food Service. (Servicios de Comidas).

Sus hijos pueden calificar para recibir comida gratis y/o a precio reducido si el ingreso de su hogar esta dentro o bajo los limites de esta gráfica.

GUIA DE INGRESOS ELEGIBLES					
JULIO 1, 2017-JUNIO 30, 2018					
Personas En Hogar	ANUAL	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	SEMANTAL
	1	\$ 22,311	\$ 1,860	\$ 930	\$ 859
2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Para cada miembro adicional del hogar añade:					
	\$ 7,733	\$ 645	\$ 323	\$ 298	\$ 149

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o/a precio reducido. Si usted está presentando una solicitud basada en los ingresos, debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando usted está solicitando para un hijo adoptivo; con casos de CalFresh, Cal Works, FDPIR , o Kin -GAP u otro identificador FDPIR para su hijo; o indicar que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos el tamaño de los miembros del hogar y los ingresos para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o/a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno.

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad,

discapacidad, sexo , identidad de género , religión , represalia , y donde sea aplicable, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública o protegidos información genética en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplican a todos los programas y / o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja programa de Derechos Civiles de la discriminación, complete el Formulario de Queja USDA Programa de Discriminación, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al 866-632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo al U.S Department of Agriculture (Departamento de Agricultura), Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax 202-690-7442 o por correo electrónico al program.intake@usda.gov.

Las personas que no pueden escuchar, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al 800-877-8339 o 800-845-6136 (Español).

El USDA y el CDE son proveedores de igualdad de oportunidades y los empleadores.

Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (federal National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".
 Los menores **bajo cuidado adoptivo temporal**, y los que cumplen con la definición de **sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	¿Estudiante?		Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			Sí	No		
			<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"/>

Marque todos los pertinentes

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) CalFresh CalWORKs FDIPIR **Número de caso:** _____
 Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'SI' en el PASO 2)

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**. La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

A. Ingresos de los menores
 En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)
 Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos	¿Frecuencia							
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente				
	\$					\$					\$								
	\$					\$					\$								
	\$					\$					\$								
	\$					\$					\$								
	\$					\$					\$								
	\$					\$					\$								
Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)		Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar									Marque la casilla si no tiene SSN → <input type="checkbox"/>								

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección: _____ No. de departamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono o correo electrónico: _____ Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario: _____ Firma del adulto que llenó este formulario: _____ Fecha de hoy: _____

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
 Identidad étnica (marque una): Hispano o latino No hispano o latino | Raza (marque una o más): Asiático Indígena americano o nativo de Alaska Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.

Total Household Members _____ **Total Household Income** _____

How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Yearly

Annual Income Conversion
 Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Approved as: Free Reduced-Price Paid (Denied) Reason: _____

Verified as: Homeless Migrant Runaway

Categorical Error Prone

Determining Official _____ **Date** _____ **Confirming Official** _____ **Date** _____ **Verifying Official** _____ **Date** _____