

Cabrillo Unified School District
**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS
O PARA LECHE GRATIS EN AÑO 2011-2012**

Favor de completar la solicitud al verso, firmarla, y regresarla a la escuela de su hijo/a. Para instrucciones adicionales, vea La Carta a Padres o Protectores que viene adjunto a este formulario. No se puede procesar esta solicitud sin la siguiente información:

- El nombre del niño o niños para los cuales está solicitando beneficios de comida gratis o a precios reducidos.
- Indique los nombres y las escuelas donde están matriculados todos los niños de la familia,
- Indique los nombres e ingresos de todos los miembros del hogar,
- La firma del padre o protector de los niño(s), y
- El número de seguro social de la persona quien firmo la solicitud. Si la persona firmando la solicitud no tiene un número de seguro social, escribe "ninguno" en el espacio indicado

TODOS LOS APLICANTES DEBERAN LEER ESTA SECCIÓN

Sección 49557(a) del Código de Educación de California

La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados o otra forma de discriminación.

El Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, KinGAP, FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el Seguro Social del adulto de la casa quien firma la aplicación o indicar que el miembro de la casa firmando la aplicación o tiene un número de seguro social. No es obligatorio dar el seguro social, pero si no se da un número de seguro social o no se indica que él que firma no tiene tal número, la aplicación no puede ser aprobada. El número de seguro social puede ser usado para identificar el miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la aplicación. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de cuentas y investigaciones y pueden incluir contacto con la oficina de empleos para determinar ingreso, beneficios, contacto con la oficina del estado de empleo seguro para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para averiguar la documentación producida de los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibida. Estos esfuerzos pueden resultar en la pérdida o el rebajo de beneficios, reclamo de administración o acciones legales si se reporta información incorrecta.

El Departamento de Agriculture de los EE, UU (USDA, siglas en inglés) y el Departamento de Educación de California (CDE) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades a base de raza, color, origen nacional, género, religión, edad, o impedimentos.

**Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD).
Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad**

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN AÑO 2011-2012

SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA DEBEN SER INCLUIDOS ESTA SECCIÓN

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA FS, CalWorks, KinGAP o BENEFICIOS FDPIR		¿NIÑOS ADOPTADOS? (FOSTER CHILD)		PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE:
Apellido	Nombre Primer	Escuela y Grado (N/A, ninguna)	SI/NO	Respuesta Si, escriba el número de FS, CalWORKS, KinGAP o BENEFICIOS FDPIR	SI/NO	Respuesta Si, escriba el Ingreso personal mensual del niño	Student ID#
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

SECCIÓN B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NÚMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKs, KinGAP o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster, y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCIÓN, SIGA CON LA SECCIÓN C

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el pasado mes. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual normal. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, o FDPIR. Firme la solicitud en la sección C. También incluya todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o incompleto de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.

Apellido	Nombre Primer	Sueldos de trabajos (antes de las deducciones) incluya todos los trabajos	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de CalWORKs, ayuda económica para niños, asistencia de divorcio	Cualquier otro ingreso	FOR SCHOOL USE ONLY PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE: Total Monthly Income
1.						
2.						
3.						
4.						

SECCIÓN C. Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuicido/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

Firma de Adulto miembro del hogar quien llena esta: _____ **Teléfono:** () _____ **Fecha:** _____

Imprima el nombre del adulto que firma esta aplicacion: _____ **Número de Seguro Social:** _____

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Codigo:** _____

SECCIÓN D. Identidades Raciales y Étnicas de niño(s) 1) Marca una o más identidades raciales abajo:					2) Marca una identidad étnica abajo:		
<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano	<input type="checkbox"/> Asiatic	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano o otro Islenos Pacificos	<input type="checkbox"/> Anglo	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

FOR SCHOOL USE ONLY-

ELIGIBILITY DETERMINATION

Year Rd Track:	Household Size:	Household Income:	Determining Official:	Date:
<input type="checkbox"/> Zero Income, Temporary Free Until (45 Calendar Days From Date Of This Determination):			Direct Certified as: H M R	
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free Due To Food Stamps, CalWORKs, Kin-Gap, or FDPIR Benefits			2 nd Review:	EP <input type="checkbox"/>
Verification Official:	Date:	Follow-up:		