

AÑO ESCOLAR 2011-2012

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS WEST SONOMA COUNTY UNION HIGH SCHOOL DISTRICT / FOOD SERVICES COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA A LA ESCUELA

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE – DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD					
HOUSEHOLD SIZE		HOUSEHOLD INCOME		FREE: FOSTER CHILD	
FREE WITH: FS / CALWORKS / KIN-GAP / FDPIR			DIRECT CERTIFIED AS: H M R		
FREE:	REDUCED:	DENIED:	2 ND REVIEW:	EP: <input type="checkbox"/>	
TEMPORARY FREE UNTIL (45 DAYS FROM DATE OF DETERMINATION):					
DETERMINING OFFICIAL:				DATE:	
VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:	

SECCIÓN A. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR DEBEN ESTAR INCLUIDOS EN ESTA SECCION :

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS (Todos los niños en el hogar)			ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOS FDPIR		EN ADOPCION TEMPORAL FOSTER	USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	NOMBRE DE ESCUELA (N/A, NINGUNA)	SI/ NO	ESCRIBA EL NUMERO DEL CASO FS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPIR	SI/ NO	STUDENT ID
1.						
2.						
3.						
4.						

INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKS, Kin-GAP, o FDPIR, POR ALGUN Niño, o si la aplicación es para TODOS los niños en adopción temporal (foster), NO LLENE ESTA SECCION. SIGA CON LA SECCIÓN C.

SECCION B. Escriba los nombres de **todos los adultos** del hogar e indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el último mes. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. También incluya todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o por tiempo parcial de trabajo, SSI, o ayuda por adopción.

NOMBRE COMPLETO	SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE: INGRESO MENSUAL
1.					
2.					
3.					
4.					

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 participan 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, u otra forma de discriminación.

La Ley de Derecho a Privacidad: Esto se refiere a la forma en que usaremos la información que usted nos proporciona. La Ley Nacional Richard B. Russell sobre Almuerzos Escolares requiere la información de esta solicitud. Usted no tiene la obligación de dar esta información, pero si no la da, nosotros no podemos aprobar que su niño reciba comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del adulto de la casa quien firma la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social no son necesarios si solicita beneficios a favor de un niño en adopción temporal, o si usted se refiere a un número de caso para CalFresh, CalWORKS, o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), u otro identificador FDPIR para su hijo(a), o cuando usted indique que el adulto de la casa quien firma la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para comidas gratis o a precio reducido, y para la administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos escolares. Nosotros **PODEMOS** compartir su información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición, para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para los programas de supervisión, y oficiales de aplicación de la ley, para ayudarlos a que investiguen las violaciones al reglamento de los programas.

SECCIÓN C. TODAS LAS FAMILIAS DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION

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 recibir fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado(a) conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE ADULTO DEL HOGAR QUIEN COMPLETA ESTE FORMULARIO		NUMERO DE TELEFONO	FECHA
ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION		ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL), O ESCRIBA «NO TENGO» SI USTED NO TIENE UNO	
DOMICILIO		NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	
CIUDAD	CODIGO POSTAL	NUMERO TOTAL DE ADULTOS Y NIÑOS DEL HOGAR	

SECCION D. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (Opcional)

1. Señale una o más identidades raciales Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o de otra Isla del Pacífico Blanco
2. Señale una identidad étnica: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico

Esta institución es un proveedor de la igualdad de oportunidades.