año escolar 2016-17 Kentfield School District Solicitud de comidas gratis o a precio reducido Llene una solicitud por hogar. California Department of Education, June 2016

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? Sí	¿Estudiante? No	Marque todos los pertinentes: Bajo cuidado adoptivo temporal	Marque todos los pertinentes: Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

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 ☐ FDPIR **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 'Sí' 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.

Ingresos totales de los menores $ ____ ¿Frecuencia? Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ Mensualmente ☐

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 (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / 2 veces al mes / Mensualmente	Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia	¿Frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / 2 veces por mes / Mensualmente	Pensiones/jubilación/ todos los demás ingresos	¿Frecuencia 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 X X X X ☐☐☐☐

Marque la casilla si no tiene SSN ☐

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