

Año Escolar 2017-2018 – Solicitud de Santa Rosa City Schools para Comidas Gratis ó a Precio Reducido con la Opción de CalFresh Complete una solicitud por cada hogar.

Lea las instrucciones que se han incluido con la solicitud. Por favor escriba en letra de molde y use una pluma. Esta institución garantiza la igualdad de oportunidades.

La Sección 49557(a) del Código de Educación de California declara que: “Se puede entregar las solicitudes de comidas gratis o precio reducido en cualquier momento durante un día escolar. No se identificarán abiertamente a los niños que participan en el Programa de Comidas Escolares Nacionales por medio de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales para recibir la comida, entradas especiales, áreas particulares donde se comen las comidas o identificación por cualquier otra manera.”

PASO 1 – INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO

Los niños en **cuidado temporal** (“foster care”) y los niños que cumplen con la definición de **Indigente** (Sin Techo), **Migrante** o **Fugitivo** tiene el derecho de recibir comidas gratis. Adjunte otra hoja de papel para más nombres.

Escriba el nombre de CADA ALUMNO que irá a una escuela (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela y Número de Identificación		Fecha de nacimiento del alumno	Marque la casilla correspondiente si el alumno está en cuidado temporal o sin techo o es migrante o fugitivo			
	Nombre de la Escuela	Núm. De Identificación		EJEMPLO: 12-15-2010	Cuidado Temporal	Sin Techo	Migrante
EJEMPLO: Joseph P Adams				<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"/>

PASO 2 –PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR

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

Si respondió que **NO**, no complete el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si respondió que sí , no complete el PASO 3. Marque la casilla del programa correcto, provee un número de caso y entonces comience el PASO 4.	Marque el programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Provee el número de caso:
--	---	---------------------------

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (No necesita responder si respondió que ‘Sí’ en el PASO 2)

A. INGRESOS DEL ALUMNO: A veces los alumnos del hogar tienen ingresos. Por favor incluya aquí el TOTAL de los ingresos de los alumnos mencionados en el PASO 1. Declare el total de los ingresos usando el total de los ingresos (usando números redondos) antes de las retenciones por impuestos y otras deducciones. Anote el periodo de pago: W = Cada Semana, 2W = Cada 2 semanas, 2M = 2 veces por mes, M = cada mes, Y = Cada año				Total de los Ingresos de los Alumnos		Frecuencia	
				\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR (incluyendo usted): Anote TODOS los miembros del hogar que no fueron mencionados en el PASO 1 aún si no tienen ningún ingreso . Para cada miembro que reciba ingresos, reporte el TOTAL de los ingresos que vienen de cada fuente. SI no reciben ingresos de ninguna fuente, anote ‘0’ o deje los espacios en blanco: usted está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso que declarar. Declare todos los ingresos ganados, antes de las retenciones por impuestos y otras deducciones. Anote el periodo de pago en la columna que nota la frecuencia: W = Cada Semana, 2W = Cada 2 semanas, 2M = 2 veces por mes, M = cada mes, Y = Cada año							
Nombres de TODOS LOS OTROS Miembros de Hogar (Primer Nombre y Apellido)	Ingresos de trabajo		Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Alimenticia		Pensiones/Jubilación SSI/Otras Fuentes de Ingresos		
	Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia		
	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	
	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	
Total de los Miembros del Hogar: (Niños y Adultos)	<input type="text"/>		Anote los cuatro últimos dígitos del número de Seguridad Social (SSN) del proveedor principal de los ingresos de la familia u otro miembro adulto del hogar		Marque esta casilla si NO TIENE SSN <input type="checkbox"/>		

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y LA FIRMA DE UN ADULTO

Certificación: “Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que se han declarado todos los ingresos. Yo entiendo que se provee esta información en relación con el recibo de fondos federales, y los oficiales de la escuela pueden comprobar la información. Sé que, si yo intencionalmente doy información falsa, mis hijos pueden perder el derecho de recibir comidas y yo podría estar sujeto a una acción judicial bajo varias leyes estatales y federales relevantes.”

Firma del adulto que completa este formulario:		
Nombre en letra de molde:		
Fecha de hoy:	Número de Teléfono:	
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		

