

2020-2021 Brentwood Union School District Solicitud para comidas escolares gratis o a precio reducido. Complete una solicitud por hogar.
 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 o boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Paso 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son, bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 de su hogar (si necesita mas espacio para escribir mas nombres, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembros de Hogar: Cualquier persona que viva con usted y que comparta sus ingresos y los gastos aunque no sea familia.
 Los niños en hogares de crianza (foster), y los que cumplen con la definición de, Migrante, Sin Hogar o Fugado del Hogar son elegibles para comidas gratuitas.
 Para más información, lea como solicitar comidas gratis o a precio reducido.

Niños/as: Nombre y Apellido	B.U.S.D. Estudiante		Nombre de la escuela	Número de identificación del estudiante	Bajo cuidado adoptivo temporal			
	Si	No			Sin Hogar	Migrante	Fugado del Hogar	
	<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"/>			<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 todo lo que aplique

Paso 2 Algún Miembro del Hogar (usted incluido), actualmente participa en uno o mas de los siguientes programas de asistencia?

SI > Marque la casilla correspondiente y anote el numero de caso y siga al paso 4 (No complete el paso 3) CalFresh CalWORKs FDIPIR

NO > Complete el PASO 3

Numero de Caso:
 Debe incluir el número de caso en este espacio.

Paso 3 Declare los Ingresos de Todos los Miembros del Hogar. (No es necesario completar este paso si contesto "SI" en el paso anterior)

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información.
 La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A).
 La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

A. Ingresos de estudiantes:

A veces los Estudiantes en el hogar tienen ingresos. Por favor, incluya los ingresos TOTALES ganados por todos los Estudiantes listados en el PASO 1.

Ingreso total del estudiante \$
 Frecuencia? Semanal Cada 2 Semanas Quincenal Mensual

B. Todos los otros miembros del hogar (usted incluido)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (usted incluido) aun si no recibe ingresos.

Para cada miembro del hogar que si recibe ingresos, reporte los ingresos totales de cada fuente solo en dólares completos. Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algunos campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que deban informarse. Informe todos los ingresos antes de impuestos y deducciones y marque el período de pago adecuado.

Nombre y apellido de los Adultos miembros de hogar	Ganancias de trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública Manutención de menores Pensión alimenticia /SSI	Frecuencia?				Pensiones / S.S. Fondos de Retiro	Frecuencia?			
		Semana	Cada 2 semanas	Quincenal	Mensual		Semana	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual		Semana	Cada 2 Semanas	Quincenal	Mensual
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Número Total de los Miembros de Hogar (Niños y Adultos) paso 1 y 3

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar

Marque aquí si no tiene SSN →

Paso 4 Información de Contacto Y Firma de Adulto

*Envíe la solicitud completada a: B.U.S.D. 255 Guthrie Lane, Brentwood, Ca. 94513

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican." (* Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.)

Domicilio Ciudad Código Postal Teléfono Correo electrónico Nombre del adulto que lleno el formulario (molde) Firma del adulto que llenó el formulario Fecha

OPCIONAL Identidades Raciales Y Étnicas de los Niños

Se nos requiere solicitarle información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos brindando servicios a toda la comunidad. El responder en esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo para comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno): Hispano o Latino No Hispano o Latino | Raza (marque uno o más): Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afroamericano Hawaiano o Nativo de otra Isla Del Pacifico Blanco

IT IS FOR SCHOOL USE ONLY. DO NOT COMPLETE THE INFORMATION BELOW (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) Total Household Income \$
 How often? Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Yearly
 Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Biweekly x 26 | Twice Per Month x 24 | Monthly x12

Approved as:
 Free - Categorical DC Date: _____
 Reduced-Price
 Paid (Denied)

Verified as:
 Homeless Incomplete
 Migrant
 Runaway Error Prone
 Foster

Determining Official: Date: Confirming Official: Date: Verifying Official: Date: