

Año escolar 2019–2020 Santa Cruz City Schools Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. También

puede hacer su solicitud en línea en Surfcitycafes.com. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. **Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.**

PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el nombre de la escuela y el grado escolar		Anote la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está			
				bajo cuidado adoptivo temporal	sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1 ^o	12-15-2010	<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 FDIPIR ¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? **Si contestó NO, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.**

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4.

CalFresh CalWORKs FDIPIR

Anote el número de caso: _____

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1.

Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos totales de los estudiantes				Frecuencia
\$				

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia":**
S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos)

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si **NO** tiene SSN

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

How Often? Weekly Bi-Weekly Twice a Month Monthly Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size Eligibility Status: Free Reduced-price Paid (Denied)

Verified as: Homeless Migrant Runaway

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____

Confirming Official's Signature: _____ **Date:** _____

Verifying Official's Signature: _____ **Date:** _____

Total Household Income
\$

Categorical Error Prone

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO

La información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2 proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables

Firma del adulto que llenó esta solicitud: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS

hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido

Origen étnico (marque uno): Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico Blanco

