

**SOLICITUD FAMILIAR CONFIDENCIAL 2019-2020 PARA COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO
Distrito Escolar de Beaverton**

Por favor, envíe el formulario a Meal Benefits, 10740 NE Walker Rd, Entrance D1, Beaverton, OR 97006

- Si recibió una NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA COMIDAS GRATUITAS del distrito escolar, **no** llene esta solicitud.
- Vea las **Instrucciones para completar la solicitud** al dorso de este formulario.

* = *Requerido para todas las solicitudes*; ** = *Requerido para solicitudes de ingresos*; *** = *Requerido para SNAP/TANF*

<p>1 INFORMACIÓN DEL HOGAR* Nombre de la persona que envía esta solicitud (apellido, primer nombre)</p> <p>Nombre (letra de molde) _____</p> <p>Dirección postal – Apt # _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p>	<p>Teléfono particular o móvil (marque uno con un círculo) _____</p> <p>Teléfono del trabajo _____</p> <p>➔ Número de integrantes del hogar _____ (Escriba los nombres de todos los integrantes del hogar en las partes 2 y/o 4 de este formulario)</p>
--	--

2 INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES*				
Nombre del niño (apellido, primer nombre)	No. de identificación del estudiante	Grado (Opcional)	Fecha de nacimiento (Opcional)	Marque la casilla si es niño de crianza temporal (Foster Child)
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

3 BENEFICIOS Si algún miembro del hogar recibe SNAP o TANF***, agregue el nombre y número de caso del miembro que recibe los beneficios.

Nombre *** _____	<input type="checkbox"/> SNAP	Número de caso*** _____	Siga abajo en la Parte 5
_____	<input type="checkbox"/> TANF	_____	

¿Recibe este hogar FDPIR (Distribución de comida en reservaciones indígenas) Sí No

4 MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL TOTAL **					
Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6
Agregue a todos los miembros del hogar, incluya a los niños que no asisten a la escuela, y el ingreso. No incluya a los estudiantes enlistados en la parte 2, a menos que reciban ingresos regulares. (<i>apellido, primer nombre</i>)	Ingreso mensual (ganancias y sueldos totales antes de deducciones)	Manutención infantil, asistencia social, pensión alimenticia recibidas por mes	Pensiones mensuales, jubilación del Seguro Social por mes	Otro Ingreso mensual – Incluya el seguro de desempleo y compensación laboral	Marque si No recibe ingresos
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

5 FIRMA, FECHA y últimos cuatro dígitos del NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (Un adulto debe firmar)

Certifico (prometo), que toda la información en esta solicitud es verdadera (correcta) y que he incluido todos los ingresos del hogar. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si doy información deliberadamente falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y se me puede procesar.

Firma de un miembro adulto del hogar* X _____	Firmado en* Mes/día/año _____	Número del Seguro Social ** (Ver declaración de privacidad al dorso) XXX-XX-____-____	<input type="checkbox"/> No tengo Número del Seguro Social**
--	----------------------------------	---	--

6 GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

<u>Marque una identidad étnica:</u> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	<u>Marque una o más identidades raciales:</u> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen hispano <input type="checkbox"/> Otra
---	---	--

SCHOOL USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total Income: _____	Number in household: _____	Date Withdrawn: _____
<input type="checkbox"/> Free based on: <input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Foster child categorical <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Reduced based on: <input type="checkbox"/> household income	<input type="checkbox"/> Denied – Reason: <input type="checkbox"/> income too high <input type="checkbox"/> incomplete application
Determining Official's Signature : _____ Date _____		

Distrito Escolar de Beaverton

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO CON OTROS PROGRAMAS 2019-2020

Estimado padre o tutor:

La información que proporcione en la Solicitud Confidencial para Comidas Gratuitas o a Precio Reducido se utiliza únicamente para determinar si su(s) hijo(s) es elegible para recibir comidas sin costo o a precio reducido. **La información también puede utilizarse para determinar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir asistencia en otros programas. Los siguientes programas necesitan contar con su autorización para poder compartir su información.**

Enviar este formulario no modifica la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Firmar este formulario **NO ES UN REQUISITO** de participación en los programas de nutrición escolar.

No, NO deseo que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido sea compartida con ninguno de los programas detallados a continuación. **Si marcó "No," por favor, deténgase aquí. No es necesario que llene o envíe este formulario. Su información no será compartida.**

Sí, Sí deseo que las autoridades escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido con: (Marque cada programa con el que desea compartir su información).

- Programas administrativos del Distrito Escolar de Beaverton (por ejemplo: posible reducción o exención de cuotas para programas de antes o después de clases, cuotas de actividades estudiantiles o de las tarjetas de estudiantes, así como sorteos de transferencia a escuelas opcionales).
- Programas deportivos.
- Exención/reducción de cuotas para programas escolares/educativos del Distrito Escolar de Beaverton (tales como: seguro para Chromebook, excursiones de la escuela, libros educativos de trabajo, laboratorios y exámenes de clases optativas, colegiatura de la universidad, preescolar, escuela nocturna, escuela al aire libre y exámenes PSAT/SAT/ACT).
- Exención/reducción de cuotas en gastos médicos/dentales/de visión

Al firmar este documento entiendo que estoy compartiendo mi información (nombre del estudiante, información de contacto, estado de F/R) únicamente con los programas indicados anteriormente. Certifico que soy el padre/tutor legal del niño(s) para el cual se hace esta solicitud.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de molde): _____

Nombre del niño(a):	Fecha de nacimiento	N° de Identificación del estudiante	Escuela
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Entregue este formulario a
Meal Benefits – 17040 NE Walker Road, Entrance D1, Beaverton, OR 97006
o en la oficina de su escuela

BSD es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidad para todos.