

Ciclo Escolar 2019-2020 Solicitud para alimentos gratis o a precio reducido del Distrito Escolar Unificado de Gilroy Llene una solicitud por familia.

Lea las instrucciones que se incluyen con la solicitud para llenarla. Use letra de molde y una pluma. También puede imprimir una copia del internet en: www.family.titank12.com. Esta organización es un proveedor de oportunidades iguales.

Código de Educación de California Sección 49557(a): "Esta solicitud para alimentos gratis o a precios reducidos podrá entregarla en cualquier momento. A los niños que participan en el Programa Federal de Alimentos Escolares no se les identificará a través del uso de regalos, boletos especiales, filas para servicios especiales, entradas o áreas de comida separadas ni de ninguna otra forma".

PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Los niños en **Hogares Temporales** y los que satisfacen la definición de **Sin Hogar, Migrante** o que se ha fugado de la casa, son elegibles para alimentos gratis. Si tiene más nombres agregue otra hoja de papel.

Escriba el nombre de CADA NIÑO(A) (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Escriba el nombre de la escuela y su grado		Fecha de Nacimiento	Indique el cuadro que aplica si el estudiante está en hogar temporal, sin hogar, Migrante o se ha fugado de su casa.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	Escuela Primaria Lincoln	1º	12-15-2010	Hogar temporal	Sin hogar	Migrante	Se ha fugado de su casa
				<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

¿Alguno de los miembros de su hogar (incluyéndose a usted) participa actualmente en alguno de los siguientes programas de asistencia?

Si la respuesta es **NO**, sáltese el PASO 2 y llene el PASO 3.

Si la respuesta es **SI**, no llene el PASO 3. Marque los programas que aplican, escriba el número de caso y vaya al PASO 4.

CalFresh
 CalWORKs
 FDIPIR

Seleccione el tipo de programa: _____

Escriba el número de caso: _____

PASO 3 – REPORTE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Sáltese éste paso si contestó "SI" en el PASO 2)

A. INGRESO DEL ESTUDIANTE: Algunas veces los estudiantes en una familia reciben un ingreso. Incluya aquí el TOTAL del ingreso obtenido por todos los estudiantes de la lista en el PASO 1. Reporte el ingreso total en números enteros, antes de los impuestos y las deducciones. Escriba la frecuencia en que recibe el pago: W = Semanal, 2W = Quincena., 2M = bimestral, M = Mensual, Y = Anual

Ingreso total del estudiante	¿Cada cuándo?
\$ _____	_____

B. TODOS LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluyéndose a usted): Ponga en una lista a **TODOS** los miembros del hogar que no aparezcan en el PASO 1, **aunque no reciban ingreso**. Por cada miembro, reporte en números enteros el TOTAL del ingreso de cada trabajo. Si no reciben ingreso de ninguna parte, escriba "0". Si escribe "0" o deja espacios en blanco, usted está certificando (jurando) que no hay ingreso que reportar. Reporte todos los ingresos antes de los impuestos y las deducciones. Escriba la frecuencia con la que recibe el pago, en donde dice "¿Cada cuándo?": W = semanal, 2W = Quincenal, 2M = 2 veces al mes, M = Mensual, Y = Anual

Escriba los nombres de TODOS LOS DEMÁS miembros de la familia (Nombre y apellido)	Salario de trabajo	Cada cuándo	Asistencia Pública/SSI/Manutención/Pensión alimenticia	Cada cuándo	Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso	Cada cuándo
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

Total de todos los miembros (Niños y adultos)

Escriba los últimos cuatro dígitos del # del Seguro Social (SSN) del trabajador principal o de otro miembro adulto de la familia

Marque el cuadro si **NO** tiene SSN

PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Certificación: "Yo certifico (juro) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se da en conexión con los recibos de los fondos federales y que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Sé que si he dado información falsa, tal vez mis niños pierdan el beneficio de los alimentos y que será procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables".

Firma del adulto que llena esta forma: _____

Nombre impreso: _____

Fecha de hoy: _____ # de teléfono: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

NO LLENE ESTA PARTE. SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

Conversión anual del ingreso: Semanal x52, Quincenal x26, Dos veces al mes x24, Mensual x12
 ¿Con qué frecuencia? Semanal Quincenal 2 veces al mes Mensual Anual

Total de la familia

Elegibilidad: Gratis Precio reducido Pagado (Rechazado)

Verificado como: Sin hogar Migrante Se ha fugado

Firma del oficial que determina: _____ Fecha: _____

Confirmación de la firma del oficial: _____ Fecha: _____

Verificación de la firma del oficial: _____ Fecha: _____

OPCIONAL – IDENTIFICACIÓN DE RAZA Y GRUPO ÉTNICO DE LOS NIÑOS

Se nos requiere pedir información acerca de la raza y grupo étnico de los niños. Esta información es importante para asegurarnos que servimos totalmente a nuestra comunidad. El responder a esta sección es opcional y no afectará la elegibilidad de sus niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

Grupo étnico (marque uno):

Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico
 Blanco