

DISTRITO ESCOLAR UNIÓN DE BUCKEYE  
 SOLICITUD DE PRECIO GRATUITO Y REDUCIDO  
**TARIFAS DE TRANSPORTE PARA 2024/2025**  
 COMPLETE ESTA SOLICITUD Y DEVUELVA A  
 EL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE.

<b>Tarifas de transporte : SOLO PARA USO DEL DISTRITO:</b>	
Tamaño del hogar _____	Ingreso mensual _____
FS/CalWORKS/FDPIR _____	Gratis _____ Precio reducido _____ Denegado _____
Aprobación temporal hasta _____	
Determinación oficial _____	Fecha _____

**I. TODOS LOS HOGARES COMPLETEN ESTA SECCIÓN INFORMACIÓN DEL**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/NIÑO				ESTUDIANTE/NIÑO CUPONES DE ALIMENTOS (FS), CalWORKS, BENEFICIOS FDPIR		HIJO ADOPTIVO	
Primer nombre	Apellido	Escuela	Calificación	Sí	No	En caso afirmativo, número de caso	Ingreso

**II. MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL (Se requiere prueba de todos los ingresos)**

Enumere a todos los miembros adultos del hogar e indique la cantidad y la fuente de INGRESO MENSUAL que recibió cada miembro del hogar el mes pasado. Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo habitual, ingrese el ingreso mensual habitual.

Primer nombre	Apellido	Ingreso bruto (antes de deducciones)	Pensiones, Jubilación Social Seguridad	Prestaciones sociales, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia Pagos	Cualquier otro ingreso	Ingreso Total Mensual

**tercero TODOS LOS HOGARES LEA Y COMPLETE ESTA SECCIÓN Código de Educación de**

**California Sección 39807.5 Pago del costo de transporte;** monto del pago: La junta directiva eximirá de estos cargos a los alumnos y padres y tutores que sean indigentes o discapacitados según lo establecido en las reglas y reglamentos adoptados por la junta. Los niños que participen en el programa de transporte gratuito o de precio reducido no serán identificados abiertamente mediante el uso de fichas especiales, boletos especiales, identificación especial o cualquier otro medio.

**Declaración de la Ley de Privacidad:** A menos que se proporcione el número de caso de cupones para alimentos, CalWORKS o FDPIR de su hijo, debe incluir el número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. La provisión de un número de seguro social no es obligatoria, pero si no se proporciona un número de seguro social o no se indica que el firmante no tiene dicho número, la solicitud no puede aprobarse. El número de seguro social se puede usar para identificar al miembro del hogar al realizar esfuerzos para verificar la exactitud de la información declarada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden llevarse a cabo a través de la revisión del programa, auditorías e investigaciones y pueden incluir comunicarse con los empleadores para determinar los ingresos, los beneficios, comunicarse con la oficina estatal de seguridad laboral para determinar el monto de los beneficios recibidos y verificar la documentación presentada por los miembros del hogar para probar el cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden resultar en una pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si se informa información incorrecta.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para la recepción de servicios de transporte gratuitos o de precio reducido; que los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud y la tergiversación de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales de la solicitud

Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario \_\_\_\_\_ Tamaño del hogar (inclúyase usted mismo) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal de CA: \_\_\_\_\_