

Solicitud del Programa de Pase de Autobús Escolar Gratuito o a Precio Reducido 2024-25

District Use Only	
Student qualifies for Free/Reduced Bus Pass: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
ZPass #: _____	Date Verified: _____
Approved by: _____	

Para solicitar el transporte GRATUITO o A PRECIO REDUCIDO, complete el siguiente formulario o adjunte una copia de la carta de cumplimiento de requisitos que le envió Servicios de Comida. Los pases que hayan sido perdidos o robados se reemplazarán tras el pago de una tarifa de \$15 no reembolsable.

1. Información del alumno

Nombre legal del alumno principal:		Grado: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Aragon <input type="checkbox"/> Hillsdale <input type="checkbox"/> San Mateo
Identificación del Estudiante #		
Nombre legal del alumno adicional:		Grado: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> Aragon <input type="checkbox"/> Hillsdale <input type="checkbox"/> San Mateo
Identificación del Estudiante #		

2. Información sobre el hogar: Enumere los ingresos de todos los miembros adultos del hogar, es decir, de las personas de 18 años o mayores (familiares y no familiares). ¿Cuál es el número TOTAL de adultos y niños en su hogar? :

	Apellido	Nombre	Ingresos mensuales, Ingresos brutos totales	Seguro Social, pensiones por retiro	Pagos de asistencia social o pensión alimenticia	Cualquier otro ingreso
1.						
2.						
3.						
4.						
Ingresos totales: \$ _____						

3. Certificación: Certifico que toda la información precedente es verdadera y correcta, y que he declarado todos los ingresos. Comprendo que es posible que los funcionarios escolares verifiquen la información que figura en esta solicitud.

Nombre en imprenta del padre/madre/tutor: _____ Número de Seguro Social: _____
 Dirección: _____
 Número de teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Por favor envíe uno de los documentos que se enumeran a continuación: (No se emitirá un pase de autobús gratuito/reducido sin la información requerida).

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recibos de salario de los últimos dos (2) meses <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos más reciente <input type="checkbox"/> Con documentación actual del AFDC, FDPIR o del estado de acogida. <input type="checkbox"/> Golden State Advantage Card <input type="checkbox"/> HealthPlan of San Mateo Medi-Cal Card <input type="checkbox"/> State of California Benefits Identification Card | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, incluya una nota breve que explique cómo brinda comida, vestimenta y alojamiento, y cuándo espera tener ingresos. Si recibe ayuda en efectivo, cupones para alimentos, u otro tipo de asistencia, debe incluir pruebas (con los montos) para completar la solicitud. |
|---|---|