

SOLICITUD PARA LECHE/COMIDA GRATUITA Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO, Y EBT DE VERNAO

Complete una solicitud por hogar por distrito escolar. Instrucciones al dorso.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA
<input type="checkbox"/> Check if Error Prone Application

1. Todos los miembros del hogar (anexe otra hoja de papel si es necesario).

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (solo para estudiantes)			NÚMERO DE CASO DE SNAP O TANF EXCLUSIVAMENTE Pase a la Parte 4 si indica un número de caso de SNAP o TANF a continuación. Si recibe Medicaid y no fue certificado directamente para obtener comidas gratis, DEBE presentar su solicitud basándose en el tamaño y los ingresos de su familia.	Verificar si se trata de un/a niño/a de acogida*
Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Nombre de la escuela	Grado		
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

* Un/a niño/a de acogida es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

2. Sin hogar, migrante, fugitive o Head Start (categóricamente elegible)

Sin hogar
 Migrante
 Fugado
 Head Start
 _____ Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela
 _____ Fecha

3. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

A. NOMBRES (INCLUYA TODOS LOS NOMBRES DE MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBIÓ (Ejemplo: \$100/mes; \$100/dos veces al mes; \$100/quincena; \$100/semana)							
	B. Ingresos del trabajo (Antes de deducciones)		C. Bienestar, manutención, infantil, pensión, alimenticia		D. Pensiones, jubilación, seguridad social		E. Todos los demás ingresos (Indemnización por accidente de trabajo, desempleo, SSI, etc.)	
	Monto	¿ Con qué frecuencia?	Monto	¿ Con qué frecuencia?	Monto	¿ Con qué frecuencia?	Monto	¿ Con qué frecuencia?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

4. Firma y Número del Seguro Social (un adulto debe firmar)

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firme el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número del Seguro Social".

X X X X
 _____ - _____ - _____
 OR
 I do not have a social security number.

Número del seguro social

Certifico (prometon) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (constatar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.

_____ Fecha
 _____ Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar
 _____ Firma del miembro adulto del hogar

5. Información de contacto (Opcional)

_____ Número de teléfono laboral (Incluir código de área)
 _____ Número de teléfono particular (Incluir código de área)
 _____ Domocilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)

6. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:
 Marque una o más identidades raciales:

Hispano/Latino
 Asiático
 Negro o afroamericano

No es hispano/latino
 Indígena americano o nativo de Alaska

Blanco
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

- LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA -

INITIAL DETERMINATION

TOTAL INCOME Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year
 NUMBER IN HOUSEHOLD: _____
 CHANGE IN STATUS: _____
 DATE _____

LEAS must annualize income ONLY when multiple incomes at varying frequencies are reported.

Annual Income	Semanal (Weekly)	Quincenal (Every 2 Weeks)	Dos veces al mes (Twice a Month)	Mensual (Once a month)
Conversion:	\$ _____ x 52 = \$ _____	\$ _____ x 26 = \$ _____	\$ _____ x 24 = \$ _____	\$ _____ x 12 = \$ _____

<input type="checkbox"/> Free based on: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> SNAP or TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Household's Income <input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> Reduced based on: <input type="checkbox"/> Household's Income	<input type="checkbox"/> Denied - Reason <input type="checkbox"/> Income too high <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Non-Qualifying SNAP/TANF
--	--	---

Date Withdrawn: _____

Signature of Determining Official

Date: _____