

Solicitud de Comidas Escolares Gratuitas o a Precio Reducido 2025-2026
Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: <https://www.myschoolapps.com/>
DEVUÉLVALA A:
DIRECCIÓN: 105 West Sunset Drive Huntingburg, IN 47542

PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

El primer nombre del niño/a	MI Inicial	Apellido(s) del niño/a	Grado	Marque todas las opciones con correspondan	Foster Child	Migrante	Huyó del hogar	Sin hogar	Solo para Estudiantes	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	¿Vive con un padre o pariente cuidador?	
					☐	☐	☐	☐				Si	No
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
					☐	☐	☐	☐				☐	☐
					☐	☐	☐	☐				☐	☐

PASO 2	
NO ☐ → Continúe al PASO 3.	Sí ☐ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4. <div> NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés].) Escriba solo un número de caso en este espacio. <div></div> </div>

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)	Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)				Marque si no tiene número de Seguro Social: ☐
---	--	--	--	--	--

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** (antes de impuestos y deducciones) recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1

	¿Con qué frecuencia se reciben?					
	Ingresos de los niño/as	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
	\$	☐	☐	☐	☐	☐

“Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables”.

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto			Fecha de hoy
Dirección postal (si está disponible)	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)

