2024 - 2025 Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

PASO 1 Liste a TODOS los bebes, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Niños adoptivos temporales (Foster) y niños que cumplen con la definición de Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre Del Niño	IM	Apellido Del Niño	Nombre de la Escuela	Marque todas las que aplican: Niño Foster	Migrante, Sin hogar, Fugado
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

PASO 2 Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque con circulo: Si / No

Si contesto NO > Complete PASO 3. **Si contesto SI** > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero de Caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo completar los campos correspondientes, llame al Departamento de Nutrición de Mingus Union High School al (928) 634-7531 o a la dirección de correo electrónico que figura en este formulario.

Alternativamente, puede encontrar toda la información relacionada con el llenado de esta solicitud en nuestro sitio web.

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño $ ____ Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar	BRUTOS Ingresos Del empleo	Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes	Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial	Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes	Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos	Con que frecuencia? Semana ○ Quincena ○ 2x mes ○ 1x mes
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

C. Número Total de los Miembros del Hogar

Esta casilla DEBE coincidir con todos los nombres en la solicitud ____

Últimos cuatro dígitos del numero de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar X X X X X ____ Indique si no hay SSN ☐

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto

Devuelva el formulario completo a MUHS o envíe una copia por correo electrónico a clomeli@muhs.com

"Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Firma del adulto que lleno el formulario ____ Fecha de hoy ____ Teléfono ____

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde): ____ Correo Electrónico si desea recibir su carta por correo electrónico ____

Calle y número de casa (si está disponible) ____ No. de Apartamento ____ Ciudad ____ Estado ____ Código Postal ____

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____ ❑Error Prone

❑**Case # Application** ❑**Foster Application** ❑**Directly Certified: Date of Disregard**: _____

❑**Income Application** ❑ **Homeless/Migrante/Runaway**

Household Size:_____

Total Income: _____ Per: ❑Week ❑Bi-Weekly (Every 2 Weeks) ❑2x Month ❑Monthly ❑Annual

❑ **Selected For Verification:** Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-Up Official's Signature: _____ Date: _____