

Cuando rellene el CNEEB, asegúrese de completar estas secciones.

2025–26 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application (Solicitud de Elegibilidad para Nutrición Infantil y Beneficios Educativos de 2025-26)
 Distrito Escolar de Quincy

Presentar solicitud en línea: <https://www.qsd.wednet.edu/departments/nutrition-services/meal-application>

Esta solicitud puede calificarle para: beneficios de alimentos, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayudar a asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) está(n) inscrito(s) en una escuela de la Community Eligibility Provision (Disposición de Elegibilidad Comunitaria, CEP) o de la Disposición 2, completar esta solicitud no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo alguno.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: Cualquier oficina escolar o al Distrito Escolar de Quincy 404 1st Ave SW Quincy, WA 98848.

Marque aquí si el año pasado recibió beneficios para alimentos:

1. Enumere **todos** los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante está en acogida, sin hogar o recibe servicios de educación para inmigrantes, indíquelo poniendo una "x" en la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque la casilla correcta para indicar con qué frecuencia se recibe. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Crianza Temporal	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>				\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir los ingresos del estudiante, si los hay.

Añada el número de expediente si recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR.

2. Si alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o varios de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. En caso contrario, vaya al punto 3.

Basic Food (Alimentos básicos) TANF Food Distribution Program on Indian Reservations (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, FDPIR)
 Número de caso: _____

3. Enumere los nombres de **todos** los demás miembros del hogar, indique los ingresos (en dólares enteros) y VERIFIQUE con qué frecuencia los recibe. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si escribe 0 o deja en blanco las secciones de ingresos, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.

Nombres de TODOS los demás miembros del hogar (no incluya a los estudiantes mencionados anteriormente)	Crianza Temporal	Ingresos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Asistencia pública/Manutención de menores/ Pensión alimenticia				Pensiones/Jubilación/Seguridad Social (SSI)				Cualquier otro ingreso que no figura en la lista							
			Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual	Semanal	Bisemanal	Quincenal	Mensual				
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir ingresos familiares

Los nombres de todos los miembros del hogar, indicando si alguno de ellos se encuentra actualmente en situación de cuidado temporal.

4. Total de miembros del hogar (incluya a todas las personas que viven en su hogar): Cuatro últimos dígitos del Número de Seguridad Social (SSN) de Marque si no tiene SSN:
 (el total debe ser igual al número de miembros del hogar indicados anteriormente) *Asalariado principal u otro miembro del hogar (Opcional si sólo solicita EBT de verano)*

5. Información de contacto y firma - Complete, firme y envíe esta solicitud a:
 Yo certifico (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se declaran y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de otro Estado u Organización Tribal Indígena (si aplica). Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado según las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra de molde del Miembro adulto del hogar

Firma del Miembro adulto del hogar

Dirección de correo electrónico

Domicilio postal

Ciudad, Estado y Código postal

Número de teléfono durante el día

Fecha

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Incluya los últimos cuatro dígitos de su número de la Seguridad Social o indique que no tiene uno.