****Formulario Original Requerido. Domicilio Para Enviar: SBUSD, Food Service Dept., 724 Santa Barbara St., Santa Barbara, CA 93101, 963-4338 ext. 6279**** California Department of Education, February 2017

Año escolar 2026-27. Solicitud para comidas gratis y a precio reducido del Distrito Unificado de Santa Barbara

Llene una solicitud por hogar. Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. También puede hacer su solicitud en línea en **myschoolapps.com**. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del *Código de Educación* de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

SI USTED NO ES ELEGIBLE O ELIGE NO COMPLETAR ESTE FORMULARIO FAVOR DE MARCAR ESTA CASILLA ☐

PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

*******Solo complete en el PASO 1 el nombre complete y fecha de naciemiento del estudiante.**

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar**, **migrante** o **fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Anote el nombre de **CADA ESTUDIANTE** (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el **nombre de la escuela** y el **grado escolar**		Anote **la fecha de nacimiento del estudiante**	Marque la casilla pertinente si el estudiante está **bajo cuidado adoptivo temporal**, **sin hogar** o es **migrante** o **fugado del hogar**.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	**Lincoln Elementary**	**1º**	**12-15-2010**	Bajo cuidado adoptivo temporal	Homeless	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR?

Si contestó NO, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4.	**Selecione el Tipo de Programa:** ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**	

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Ingresos totales de los estudiantes	**Frecuencia**
$	

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Anote el nombre de **TODOS LOS DEMÁS** miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	**Frecuencia**	Asistencia pública/SSI/ manutención de menores/pensión alimenticia	**Frecuencia**	Pensiones/retiro/jubilación otros ingresos	**Frecuencia**
	$		**$**		**$**	
	$		**$**		**$**	
	$		**$**		**$**	
	$		**$**		**$**	

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos) ☐

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar ☐☐☐☐

Marque la casilla si NO tiene SSN ☐

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del adulto que llenó esta solicitud:		
Nombre en letra de molde:		
Fecha:	Teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Correo electrónico:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	Total Household Income $
Total Household Size ☐☐	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied) Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway
	☐ Categorical ☐ Error Prone
Determining Official's Signature:	**Date:**
Confirming Official's Signature:	**Date:**
Verifying Official's Signature:	**Date:**

2026-27

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marque uno):

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroestadounidense
☐ Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico ☐ White