# Año escolar 2026-27 Richmond College Prep Solicitud para Comidas Gratuitas y a Precio Reducido

Complete una solicitud por hogar.

Por favor lea las instrucciones sobre cómo solicitar. Escriba claramente con pluma. También puede solicitar en línea en **www.rcpschools.org**. Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

**Código de Educación de California, Sección 49557(a):** Las solicitudes para comidas gratuitas y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no serán identificados abiertamente mediante el uso de fichas, boletos, líneas de servicio, entradas o áreas de comedor separadas, especiales, ni por ningún otro medio.

## PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Los niños en hogar de crianza (Foster Care) y los niños que cumplen con la definición de Sin Hogar, Migrante o Fugitivo son elegibles para comidas gratuitas.

| Escriba el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primero, Inicial, Apellido) | Escriba el nombre de la escuela y el grado | | Escriba la fecha de nacimiento del estudiante | Marque la casilla si el estudiante es de hogar de crianza, sin hogar, migrante o fugitivo. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Escuela | Grado | | Crianza | Sin Hogar | Migrante | Fugitivo |
| *EJEMPLO: Joseph P Adams* | *Richmond College Prep* | *1.º* | *12-15-2010* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

¿Algún miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR? Si la respuesta es NO, omita el Paso 2 y continúe al Paso 3.

| Si la respuesta es SÍ, marque la casilla del programa, escriba un número de caso, omita el Paso 3, y continúe al Paso 4. | **Seleccione el tipo de programa:** ☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDPIR | **Escriba el número de caso:** _____ |
|---|---|---|

## PASO 3 – INFORME DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

*(Omita este paso si respondió "SÍ" en el Paso 2)*

**A. INGRESO DEL ESTUDIANTE:** A veces los estudiantes en el hogar tienen ingresos. Escriba el ingreso TOTAL BRUTO (antes de deducciones) en dólares enteros ganado por todos los estudiantes mencionados en el Paso 1. Escriba la frecuencia correspondiente en la casilla "¿Con qué Frecuencia?": S = Semanal, Q = Quincenal, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual.

| Ingreso Total del Estudiante | ¿Con qué Frecuencia? |
|---|---|
| $ | |

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR** (incluyéndose usted mismo): Enumere a TODOS los miembros del hogar no mencionados en el Paso 1, aunque no reciban ingresos. Reporte el ingreso TOTAL BRUTO (antes de deducciones) en dólares enteros de cada fuente. Si el miembro no recibe ingreso de una fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso que reportar. Escriba la frecuencia en la casilla "¿Con qué Frecuencia?": S = Semanal, Q = Quincenal, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual.

| Escriba el nombre de TODOS los demás miembros del hogar (Primero y Apellido) | Ingresos del Trabajo | ¿Con qué Frecuencia? | Asistencia Pública/SSI/Manutención de Menores o Alimenticia | ¿Con qué Frecuencia? | Pensiones/Jubilación/Todo Otro Ingreso | ¿Con qué Frecuencia? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |
| | $ | | $ | | $ | |

**C. Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos):** _____

**del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar:** ___ ___ ___ ___

**D. Escriba los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN)**

☐ Marque la casilla si NO TIENE SSN

## PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reporta todo el ingreso. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Estoy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

| | |
|---|---|
| Firma del adulto: | |
| Nombre en letra: | |
| Fecha: | Número de teléfono: |
| Dirección postal: | |
| Ciudad: | Estado: Código postal: |
| Correo electrónico: | |

## NO ESCRIBA AQUÍ. SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

| | |
|---|---|
| ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual<br>*Conversión de Ingreso Anual: Semanal x52, Quincenal x26, Dos veces al mes x24, Mensual x12* | **Ingreso Total del Hogar $** |
| **Tamaño Total del Hogar: _____**<br>Estatus de Elegibilidad: ☐ Gratis ☐ Precio Reducido ☐ Pagado (Denegado)<br>Verificado como: ☐ Sin Hogar ☐ Migrante ☐ Fugitivo | ☐ Categórico<br>☐ Propenso a Error |
| Firma del Funcionario Determinante: | Fecha: |
| Firma del Funcionario Confirmante: | Fecha: |
| Firma del Funcionario Verificante: | Fecha: |

## OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS

*Se nos requiere preguntar sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurar que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para comidas gratuitas o a precio reducido.*

**Etnicidad (marque una):**

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

**Raza (marque una o más):**

☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico
☐ Blanco