DISTRITO ESCOLAR DE SANTA MONICA- MALIBU Solicitud para Comidas gratis o a precio reducido Para el Año Escolar 2026-27

Departamento de *Educación de California Código de* Sección 49557(a): Solicitudes para comidas gratis o reducidas pueden ser entregadas en cualqier momento durante el año escolar.
Los niños que participan en el programa federal nacional de almuerzos escolares no seran identificaods abiertamente por el uso de monedas, boletos, o lineas especiales, o separación de endtradas o comedores, o de ninguna otra forma.

PASO 1 Lista de todos los miembros de la familia que son los bebés, niños, y estudiantes hasta grado 12 (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y UTILICE PLUMA.
COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR.
Niños en cuidado de crianza, los niños que cumplen con la definición de niños sin hogar, emigrantes o fugitivos son elegibles para comidas gratis. Lea cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido para más información.

Nombre del niño	I	Apellido del niño	Numero de ID del niño	¿Es Estudiante? Yes	No	Marque todas las que aplican: Hijo/a Adoptiva	Sin Hogar, emigrante, Niño fugitivo,	Nombre de Escuela/Grado
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	☐	

PASO 2 ¿Participa algún miembro de la familia (incluyéndolo usted) en uno o más de los programas siguientes de ayuda: CalWORKS, CalFresh, SNAP, TANF, OR FDPIR?

Si contestó NO > Debe completar PASO 3

Si contestó SÍ > Escriba el número de caso aquí, y continue al Paso 4 (no necesita completar el Paso 3)

Numero de Caso _____
Escribe solamente el numero de un caso aqui

PASO 3 Ingresos de todos los miembros del hogar (Referirse a las instrucciones a la izquierda con respecto a ingresos) (Omita este paso si usted respondió 'Sí' al paso 2)

Instrucciones Con Respecto a Ingresos
Ingresos de su hijo es el dinero recibido de fuera de su casa que se paga directamente a su hijo.
Ingreso adultos: Si se paga quincenalmente, por favor, indique la cantidad que gana quincenal (no mensual). Si se paga dos veces al mes, indique la cantidad que gana dos veces al mes (no mensual).
Por favor, indique el número de miembros del hogar de paso 1 y 3.

A. Ingreso de niño A veces los niños en la casa ganan ingresos. Por favor incluya el TOTAL de ingresos brutos obtenido por todos los miembros de la casa lista en el paso 1.

Ingresos de Niño $ ____ ¿Con qué frecuencia? Semenal ○ Bisemenal ○ Bimensual ○ Mensual ○

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)

Lista de todos los miembros adultos del hogar que no aparecen en el paso 1 (incluyendo usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista, si reciben ingresos, el ingreso total (antes de deducciones) informe para cada fuente en dólares solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escribe '0'. Si escribe '0' o deja en blanco, está certificando (promete) que no hay ningún ingresos.

Nombres de los familiares adultos (nombre y apellido)	(Antes de deducciones) Los Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia? Semenal Bisemenal Bimensual Mensual	Asistencia Pública/ Manutención de Menores /Pensión Alimenticia	¿Con qué frecuencia? Semenal Bisemenal Bimensual Mensual	Pensiones/Retiro Todos los otros ingresos	¿Con qué frecuencia? Semenal Bisemenal Bimensual Mensual
	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○
	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○	$	○ ○ ○ ○

Total de miembros del hogar (Ninos y Adultos) ____

Últimos 4 digitos del número de seguro social(SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar X X X X X ____ ____ ____ ____

Marque aqui si no hay SSN → ☐

PASO 4 Información de Contacto y Firma del Adulto-Enviar esta solicitud a SMMUSD-Servicios de Alimentos y Nutrición-1717 Fourth Street, Santa Monica, CA 90401

"Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación al recibo de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Estoy consciente que si proporciono información falsa deliberadamente, mis niños podrían perder los beneficios alimenticios y yo podría ser sancionado bajo las leyes estatales y federales."

Domicilio	Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal	Telefono de dia y Correo Electronico (optional)	Nombre impreso del adulto completando la forma	Firma del adulto completando la forma	Fecha

OPTATIVO Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a pedir informacion sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Esta informacion es importante y a confrirmar que estamos sirviendo a nuestra comunidad. El responder a esta seccion es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para los alimentos gratis o a precio reducido.

Etnicidad(marque uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o

La Raza (marque uno o más: ☐ Asiático ☐ Indio Americano o Nativo de Alsaka ☐ Negro o Afro- Americano ☐ Hawaiano o otra Isla del Pacifico ☐ Blanco

ESTE SECCION PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) ____

Total Household Income ____ How often? Weekly ○ Bi-Weekly ○ 2x Month ○ Monthly ○

Annual Income Conversion
Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Approved as: **Application #** _____
☐ Free
☐ Free- CalFresh/CalWorks/SNAP/TANF/FDPIR
☐ Reduced-Price
☐ Denied - Income to High/Application Incomplete

Verified as:
☐ Homeless ☐ Head Start
☐ Migrant ☐ Kin-GAP
☐ Runaway ☐ Zero Inc.

☐ Incomplete
☐ Error Prone

Determining Official	Date	Confirming Official	Date	Verifying Official	Date