Applicacion para leche/comida gratis y comidas a precio reducido- Complete una applicacion por hogar por distrito escolar.

USO DE ESCUELA

☐ COMPROBAR si la solicitud es

1. NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombres De Todos Los Miembros Del Hogar Primer Nombre, Inicial, Apellido	Nombre De la Escuela	Grado	**Numero de Caso de SNAP O TANF. Pasa a la parte 4 si indica un numero de caso de snap/ tanf. Si recibe Medicaid y no fue certificado directamente para obtener comidas gratis presente ingresos de su familia.**	**Verificar si trata de un/ a nino/a de acogiga**
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐
				☐

* Un/a de acogida es responsabilidad legal de una agencia bienestar o un tribunal.

2. Sin hogar, migrante, fugitivo, o Head Start (categoricamente elegible)

☐ sin hogar ☐ Migrante ☐ fugado ☐ Head Start

Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela _____ Fecha _____

3. Ingreso bruto total del hogar(antes de deducciones) Debe decirnos cuanto y con que frecuencia.

A. Nombres (Incluya todos los miembros del hogar con ingresos)	**Ingreso Bruto Y Con Que Frecuencia** (Ejemplo: $100/mes; $100 /dos veces al mes, $100/quincena, $100/semana)							
	B. Ingreso del trabajo antes de deducion		**C.** bienestar, manutencion, pension,alimenticia		**D.** Pensiones,jubilacion, seguro social		**E.** compensacion de trabajo desempleo, SSI, etc.	
	Cantidad	Frecuencia?	Cantidad	Frecuencia?	Cantidad	Frecuencia?	Cantidad	Frecuencia?
i.	$		$		$		$	
ii.	$		$		$		$	
iii.	$		$		$		$	
iv.	$		$		$		$	
v.	$		$		$		$	

4.FIRMA DE PADRE/TUTOR:

Certifico que toda la informacion en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibira fondos federales basados en la informacion que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar la informacion. Entiendo que s proporciono informacion falsa al proposito, mi hijo(s) pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.

Fecha *Nombre en letra de imprenta del padre/tutor* *Firma del padre/tutor*

5. Informacion de Contacto

Numero de cellular (Incluir codigo de area) *Numero de casa (Incluir codigo de area)* *Domicillo(Numero, Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal)*

Padre/Tutor-Correo Electronico

SUBMIT FORM

– Las Siguente secciones son para uso exclusivo de la escuela–

Determinacion Inicial

Ingreso Total $ _____ **Por:** ☐Semana ☐ Quincena ☐ Dos veces al mes ☐ Mes ☐ Anual **Miembros de la familia:** _____ **Cambio en la situacion:** _____ **Fecha:** _____

LEAs solo deben anualizar los ingresos cuando se declaran ingresos multiples con frecuencias variables.
Conversion de ingresos anuales: Semanal X 52 Quincenal X 26 Dos veces al mesX 24 Mensual X 12

☐ **Gratis por:**
- ☐ sin hogar
- ☐ migrante
- ☐ Fugado
- ☐ Head Start
- ☐ SNAP or TANF
- ☐ nino/a de acogida
- ☐ ingresos del hogar

☐ **Reducido por:**
- ☐ Ingreso del hogar

☐ **Rechazada—Razon:**
- ☐ Ingreso alto
- ☐ Solicitud incompleta
- ☐ SNAP/TANF no cumple requisitos

Fecha de retiro: _____

Firma del funcionario