

Solicitud de alimentos gratis o a precio reducido año escolar 2022-2023 Distrito Escolar Unificado de Colusa

Llene una solicitud por familia. Lea las instrucciones que vienen adjuntas con esta solicitud. Escriba en letra imprenta y use una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

La sección 49557(a) del Código Educativo de California dice: "Las solicitudes de alimentos gratis o a precio reducido se pueden entregar a cualquier hora del día escolar. Los niños que participan en el National School Lunch Program no se distinguirán porque usen fichas especiales, boletos especiales, filas o entradas separadas, utilicen áreas separadas para comer, u otra cosa que los distinga de los demás". Puede elegir aplicar electrónicamente en: <https://family.titank12.com>

PRIMER PASO – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Los niños de crianza y los niños bajo las categorías 'Sin techo, migrantes, o aquellos que han huido de casa son elegibles para el programa de alimentos gratis. Adjunto hay otra hoja por si hay más nombres.

Escriba el nombre de CADA ESTUDIANTE que asistirá a la escuela (Nombre, Inicial, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y el grado		Fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla que corresponde Crianza, sin techo, migrante o huyó de casa			
	EJEMPLO: José A. Gutierrez	Lincoln Elementary		1º	12-15-2010	Crianza	Sin Techo
				<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"/>

SEGUNDO PASO – PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR

Diga si **ALGUN** miembro de la familia (incluyéndolo a usted) actualmente es parte de cualquiera de los siguientes programas de ayuda:

Si este **NO** es el caso entonces omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si respondió Sí , no complete el PASO 3. Marque la casilla correspondiente, escriba el número del caso y proceda al PASO número 4.	Elija el tipo de programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Escriba el número del caso:
---	--	-----------------------------

TERCER PASO – DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Omita este paso si contestó Si en el PASO 2)

A. INGRESO ESTUDIANTE: Algunas veces los estudiantes trabajan. Por favor incluya el TOTAL de los ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en el PASO 1. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual		Total Ingreso Estudiante		Cada cuanto		
		\$				
B. OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Incluyéndolo a usted): Nombre a TODOS los familiares enumerados en el PASO 1 aunque no tengan ingresos. Por cada miembro de la familia diga el TOTAL del ingreso de cada fuente y en dólares solamente. Si ellos no reciben ingreso de ningún lado, escriba "0". Si usted coloca "0" o deja el espacio en blanco, usted certifica (promete) que no existen ingresos que declarar. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente : W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual						
Escriba el nombre de TODOS los miembros de la familia (Nombre y Apellido)	Salario	Cada cuanto	Asistencia pública/SSI/ Pensión alimenticia	Cada Cuanto	Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos	Cada Cuanto
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
Nº total miembros familia (Niños y adultos)	Escriba los últimos 4 dígitos del seguro social de la persona cabeza de familia (SSN) y otros adultos miembros de la familia		Marque la casilla si no tiene seguro social <input type="checkbox"/>			

CUARTO PASO – CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Testificación: "Yo testifico que (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que esta información se da al ser beneficiario de fondos provenientes del gobierno federal y que los empleados escolares pueden verificar esta información. Estoy al tanto que si doy información falsa, mis hijos pueden perder los servicios de comidas gratis, y yo puedo ser acusado bajo las leyes estatales y federales."

Firma del adulto que llenó este formulario:		
Nombre y apellido en letra imprenta:		
Fecha de hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY			
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly		Total Household Income	
Total Household Size		Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)	
		<input type="checkbox"/> Categorical	
Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway		<input type="checkbox"/> Error Prone	
Determining Official's Signature:		Date:	
Confirming Official's Signature:		Date:	
Verifying Official's Signature:		Date:	

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ORIGEN ÉTNICO DE LOS NIÑOS

Nos exigen pedir información sobre la raza y el origen étnico. Esta información es importante y nos ayuda a servirles mejor. El responder es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para que reciban comidas gratis o a precio reducido.

Origen Étnico (Marque una):

Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marque una o más):

Nativo Americano o de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Hawaiano o Isleño del Pacífico Blanco