

Año escolar 2020-21 Berryessa Union School District Solicitud Para Comidas Gratis y a precio reducido

Llene una solicitud por hogar.

Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. 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

PASO 1 – INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES - 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. Incluya a todos los niños aunque todavía no vayan a la escuela.

Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento

		OFFICE USE ONLY (STUDENT ID #)
Check all that apply	Foster Child	
	Homeless, Migrant, Runaway	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

OPTIONAL – CHILDREN’S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES

We are required to ask for information about your children’s race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children’s eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one):

Hispanic or Latino
 Not Hispanic or Latino

Race (check one or more):

American Indian or Alaskan Native
 Asian
 Black or African American
 Native Hawaiian or other Pacific Islander
 White

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKS o FDIPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKS o FDIPIR? Si contestó NO, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4.	Seleccione el Tipo de Programa <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKS <input type="checkbox"/> FDIPIR	Enter Case Number: _____
---	--	------------------------------------

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese 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.

Child Income	Weekly	2x Week	2x Month	Monthly

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

Adultos miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Asistencia pública/Servicio de comidas				Manutención de menores	Ingresos de otros miembros			
		S	2S	2M	M		S	2S	2M	M
	\$					\$				
	\$					\$				
	\$					\$				
	\$					\$				
	\$					\$				

C. Total de miembros del hogar (Niños y Adultos) _____

PASO 4 – NUMERO DE SEGURO SOCIAL, FIRMA DE UN ADULTO Y INFORMACIÓN DE CONTACTO

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 federales aplicables.

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

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

DO NOT COMPLETE -- FOR SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size	Total Household Income \$
How Often?	Twice a Month
Weekly	Bi-Weekly
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monthly	Yearly
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Application #
Determining Official’s Signature	Date:
Confirming Official’s Signature	Date:
Verifying Official’s Signature:	Date: