

**Morgan Hill Unified School District
SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS
Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN EL AÑO 2013-2014**

Por favor llene, firme, y regrese esta solicitud a la escuela. Si necesita más ayuda con esta solicitud, refiérase a la Carta A Los Padres atada a esta forma.

SECCIÓN A. Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, KinGAP, o FDPIR.

1. Escriba los nombres de los niños que reciben Estampillas para Comida, beneficios de CalWorks, Kin-GAP, o FDPIR:

APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA / GRADO	NUMERO DE CASO
		/	
		/	
		/	
		/	

2. Siga con la sección B si no recibe Estampillas para Comidas, CalWorks, Kin-Gap, o FDPIR para cada niño en su hogar. **Si no, firma la solicitud en la Sección C.**

UN NIÑO FOSTER: Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

SECCIÓN B. PARA HOGARES QUE NO RECIBEN Estampillas para Comidas, CalWorks, Kin-Gap, o FDPIR:

1. Es esta solicitud para un niño adoptivo (foster)? Si No

Si la respuesta es no sigue con pregunta numero 2. Si las respuesta es si escribe el nombre y la cantidad del "ingreso personal" que el niño recibe cada mes:

Nombre: _____ Ingreso \$ _____

2. Escribe los nombres de los niños en su hogar que están en la escuela y que **no reciben** estampillas para comida, CalWORKS, Kin-GAP, o FDPIR.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	ESCUELA	GRADO
			/
			/
			/
			/

3. Escribe los nombres de los niños en su hogar que no están en la escuela.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE

SECCIÓN C. ADULTOS DEL HOGAR Escribe los nombres de todos los miembros adultos del hogar a pesar el ingreso y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual normal. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el numero del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR. **Firme la solicitud en la sección C.**

Apellido	Primer Nombre	SUELDOS MENSUAL DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	Beneficios mensual de Welfare, o ayuda económica para niños, asistencia de divorcio	CUALQUIER OTRO INGRESO MENSUAL	PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE
1.		\$	\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$	\$
3.		\$	\$	\$	\$	\$
4.		\$	\$	\$	\$	\$
5.		\$	\$	\$	\$	\$

Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE				Year Track:
HOUSEHOLD SIZE:		HOUSEHOLD INCOME:		2 nd Review:
Free	Reduced-Price	Denied	Direct Certified as:	H M R EP <input type="checkbox"/>
Temporary Free Until (45 calendar days from date of determination):				
Determining Official:			Date:	
Verification Official:			Date:	
			Followup:	

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Usted puede someter una solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser entregada en cualquier momento durante el día escolar. A los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, u otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patronos para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

X

FIRMA DE MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA FORMA

Últimos 4 números de su Seguro Social _____, o si no tiene marcar aquí

Nombre: _____ Fecha: _____
Escribe en letra de molde el nombre del adulto que firma esta aplicación

Dirección: _____

Ciudad: _____, Código postal CA _____

Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Email: _____

SECTION D. Identidades Étnicas Y Raciales de niños (opcional):

- Apunte uno o más identidades raciales
 Indígena Americano o Asiático Negro o Africano- Hawaiano Nativo o Blanco
 Nativo de Alaska Americano otro Isleño del Pacífico
- Apunte una identidad étnica: De origen Latino o Hispano No de origen Latino o Hispano