

*****USE TINTA NEGRA O AZUL Y ESCRIBA CLARO DENTRO DE LOS ESPACIOS*****

(Llene UNA solicitud por hogar)

SECCION A. INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS Todas las personas del hogar deberán llenar esta sección. Anote el ingreso bruto de cada uno de los niños, por cantidad y cuando se recibe

circulando todos los códigos correctos del ingreso: S=Semanal, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual.

Raza y Origen Étnico (opcional) 1. Circule 1 origen étnico: N=No Hispano/Latino ó H=Hispano/Latino 2. Circule 1 o más razas: (Sin importar el origen étnico)

A=Asiático, B=Blanco, N=Negro o Afro-Americano, I=Nativo Americano o de Alaska, P=Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico

APELLIDO, PRIMER NOMBRE	ESCUELA (Escriba "NINGUNA" si no está en la escuela)	GRADO	Fecha de Nacimiento (Opcional)	Raza y Origen Étnico:		MARQUE con "X" si es Adoptado Temporalmente	Marque con "X" si no recibe ingresos	Ingreso Individual de cada niño	Procedencia del ingreso ¿(Salario)?	¿Cada cuándo lo recibe? (Circule)	ANOTE que tipo de beneficios recibe: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	ANOTE el número del caso de dónde recibe los beneficios:
				Circule un Origen Étnico	Circule una o más Razas							
①				N o H	A B N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
②				N o H	A B N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
③				N o H	A B N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
④				N o H	A B N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
⑤				N o H	A B N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		S C D M A		

Si el niño por el que solicita esta sin hogar (Homeless), es Migrante o ha huido de su hogar (Runaway), comuníquese con la escuela y CIRCULE la letra apropiada: H M R

La familia que haya sometido una solicitud con un Número de Caso de Beneficios de CalFresh/CalWORKs para CADA niño o adulto del hogar, llene la Sección C

Un niño Adoptado Temporalmente y que esta bajo la responsabilidad legal de una Agencia de Cuidado Temporal o del juzgado, es elegible para alimentos gratis. Este beneficio no se extiende a los otros niños del hogar que no son adoptados temporalmente

SECCION B. TODOS LOS DEMAS MIEMBROS DEL HOGAR: Anote el Ingreso Bruto bajo cada tipo de ingreso que cada Miembro del hogar Recibe y que "tan seguido" se recibe, usando los siguientes

siguientes códigos: S=Semanal, C=Cada 2 Semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensual, A=Anual. Si no recibe ningun ingreso, DEBERÁ marcar el cuadro de "No Ingreso". NO lo deje en blanco.

Nombre Completo del Adulto (No repita los nombres de la Secc. A)	MARQUE "X" si No Hay Ingreso	Ingreso Bruto por Salario antes de las deducciones incluyendo todos los empleos	¿Cada cuándo le pagan?	Recibe pago de Pensión, Jubilación, Seguro Social, beneficios para Veteranos	Fuente del Ingreso	Asistencia Social (Welfare), Manutención, Pensiones Alimenticias	Fuente del Ingreso	¿Cada cuándo le pagan?	Cualquier Otro Ingreso, Incluyendo uno Temporal	Fuente del Ingreso	¿Cada cuándo le pagan?	Anote el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP.	Anote el Número de Caso del Beneficio que recibe
Richard, Larath	<input type="checkbox"/>	\$ 199.98	S	\$ 141.65	Pensión	99.99	Pensión Alimenticia	M	\$ 550.00	Ingreso por Rentas	M		
①	<input type="checkbox"/>	\$		\$					\$				
②	<input type="checkbox"/>	\$		\$					\$				
③	<input type="checkbox"/>	\$		\$					\$				
④	<input type="checkbox"/>	\$		\$					\$				
⑤	<input type="checkbox"/>	\$		\$					\$				

SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIONES Y FIRMA: Código de Educación 49557(a): La solicitud para alimentos gratis o a precios reducidos puede entregarse

durante el horario de clases. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no se identificara abiertamente por el uso de fichas, boletos, filas de servicio especiales, entradas separadas, areas especiales de comida o de ninguna otra manera. Yo certifico (prometo) que toda la ifnormacion que anote anteriormente es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la información que se ha dado esta en conexion con el recibo de fondos federales y que los oficiales escolares podran verificarla en cualquier momento y que cualquier informacion falsa de manera deliberada estara sujeta a investigacion bajo la ley estatal y federal.

Nombre impreso del adulto en el hogar que llena esta forma _____ Firma del adulto en el hogar que llena esta forma _____ Fecha _____ Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (SSN) _____ No tengo Seguro Social (SSN)

Información de la Declaración Federal en la carta enviada a los hogares

Domicilio, Depto. #, etc. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de Casa _____ # de Celular _____ Correo Electrónico _____

Únicamente para uso de la Escuela, NO escriba debajo de esta línea:

Solicitud Aprobada Cantidad de Personas en el Hogar: _____ Ingreso Anual en el Hogar: \$ _____ Firma del Oficial que determina y fecha _____

Grátis de acuerdo a: Rechazado de acuerdo a: Reducido de acuerdo al:

CalFRESH Certificación Directa como: H M R Ingreso Muy Alto Ingreso del hogar

CalWORKs Ingreso del Hogar Incompleta

KinGap Cero Ingreso

FDPIR Niño Adoptado Temporalmente

Certificación Directa

Factores de Conversión de Ingreso Anual: Semanal X 52, Cada 2 Semanas X 26, Dos Veces al Mes X 24, Mensual X 12

Firma de Confirmación del Oficial y fecha _____

Firma del Verificador Oficial y fecha _____