

ESCUELA# _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GARDEN GROVE

2011 - 2012

**SOLICITUD PARA COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO
POR FAVOR LLENE SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR FAMILIA**

• Por favor llene, firme y devuelva esta solicitud a la escuela. Si desea instrucciones adicionales, vea la *Carta para las familias*. Las escuelas tienen copias de esta carta.
POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE.

SECCIÓN “A”. TODAS LAS FAMILIAS DEBEN LLENAR ESTA SECCIÓN

**FOR F.S. OFFICE USE ONLY/
SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA
DE SERVICIOS ALIMENTICIOS**

Household Size _____ Benefits _____
 _____ Free _____ Denied
 _____ Reduced Temp until: _____
 Determining Official: _____
 Date: _____
 Verifying Official: _____
 Date: _____

APP
#pp

INFORMACIÓN DEL ALUMNO O NIÑO (ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR)					ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKS, Kin-GAP o BENEFICIOS FDPPIR		NIÑO BAJO TUTELA DEL GOBIERNO		PARA CADA ALUMNO EN LA ESCUELA
Apellido	Nombre	Segundo nombre	ESCUELA ACTUAL (Escriba N/A Si No Asiste La Escuela)	Grado	Escriba Sí o No	Si la respuesta es SÍ, escriba todo el # del caso	Escriba Sí o No	Si la respuesta es SÍ, escriba el ingreso mensual de uso personal del niño	Identificación del alumno (no del almuerzo)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

SECCIÓN “B”. MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESO MENSUAL: NO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EN LA SECCIÓN “A” USTED ESCRIBIÓ UN NÚMERO DE CASO PARA VALES DE DESPENSA, CalWORKS, Kin-GAP o FDPPIR PARA CADA NIÑO, O SI LA SOLICITUD ES PARA UN NIÑO BAJO TUTELA DEL GOBIERNO Y USTED ESCRIBIÓ EL INGRESO PERSONAL MENSUAL; PROSIGA A LA SECCIÓN “C”.

Escriba los nombres de **TODOS** los adultos en el hogar, tengan o no tengan ingresos. **Indique cada cuando y la cantidad de ingresos** cada miembro del hogar recibió el mes pasado. Si los ingresos del mes pasado fueron mayores o menores, sólo escriba la cantidad usual. También escriba los ingresos del niño que trabaja medio tiempo o tiempo completo, asistencia del SSI o de Adopción. Si participa en la iniciativa de vivienda militar privatizada o recibe paga por combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

Nombre completo	Ingreso bruto del trabajo (antes de deducciones), incluya todos los trabajos	Pensión, retiro, seguro social	Beneficios de asistencia social, manutención de niños, pensión de divorcio	Cualquier otro ingreso mensual
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	<i>\$750 cada dos semanas</i>	<i>\$100 cada mes</i>	<i>\$200 dos veces por mes</i>	<i>Ninguno</i>
1.				
2.				
3.				
4.				

Código de educación del estado de California, Artículo 49557(a): Las solicitudes para almuerzos gratis y a precio reducido pueden ser entregadas en cualquier momento durante un día de clases. Los niños que participan en el Programa nacional de almuerzos escolares no serán públicamente identificados por el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas especiales de servicio, entradas separadas, áreas de comer separadas o por ningún otro método.

Declaración de la ley de privacidad: La ley del Programa nacional de almuerzos escolares (Artículo 9) requiere que usted proporcione un número de seguro social en la solicitud o debe indicar que no tiene un número de seguro social, a menos que usted tenga el número del expediente de Vales de despensa, CalWORKS, KinGAP o FDPPIR de su hijo. Dicho número de seguro social debe ser del miembro adulto del hogar que firme la solicitud o indique que el firmante no tiene un número de seguro social. No es obligatorio proporcionar un número de seguro social. Sin embargo, si no reporta un número de seguro social o no indica que el firmante no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del seguro social se puede usar para identificar al miembro del hogar y verificar si la información declarada en la solicitud esta correcta. Dichos procesos de verificación pueden ser por medio de una revisión del programa, auditorías e investigaciones y puede ser necesario contactar al empleador para determinar el ingreso, a la Oficina para el desarrollo de empleos del estado u oficinas locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos y verificar la información proporcionada sobre los miembros de la familia en cuanto la cantidad de ingresos recibidos. El proporcionar información incorrecta podría resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamos administrativos y/o acciones legales contra los miembros de la familia.

SECCIÓN “C”. TODAS LAS FAMILIAS DEBEN LEER Y LLENAR ESTA SECCIÓN

POR FAVOR LEA LA SOLICITUD CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMARLA

Certifico que toda la información declarada previamente es verídica y correcta y que todo el ingreso ha sido reportado. Yo entiendo que esta información es determinada en conexión con el recibimiento de fondos federales, que los administradores de la escuela pueden verificar la información en la solicitud, y que el reportar información falsa deliberadamente puede exponerme a un juicio bajo las leyes federales y estatales.

Firma del adulto llenando este formulario:	Últimos cuatro números del seguro social: * * * - * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número de seguro social	
Escriba en letra de molde el nombre del adulto llenando este formulario	Número de teléfono:	Fecha:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que esta institución discrimine por raza, color, origen nacional, género, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14000 and Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ó llame al (202) 720-5964 (Mensaje de voz y Dispositivo telefónico para sordos). Todas las personas con impedimento auditivo o del habla pueden ponerse en contacto con USDA por medio de “Federal Relay Service” al (800) 877-845-8339; ó, para español, al 877-845-6136. USDA es un empleador y proveedor con igualdad de oportunidades.