

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado.

## 2015–16 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Complete, firme y envíe esta solicitud a \_\_\_\_\_

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza temporal, indíquelo con una “x” en el casillero correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una “x” el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Si escribió un número de caso para alguno de sus hijos, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si escribió un número de caso solo para el niño de crianza y desea presentar la solicitud para todos los estudiantes del grupo familiar, usted debe proseguir con la **Sección 2**.

Si alguno de los niños por los que presenta la solicitud es un niño sin hogar (McKinney-Vento) o migrante, marque el casillero que corresponda.

Sin hogar  Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de Crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Frecuencia de ingreso				¿El estudiante recibe los beneficios de los programas Basic Food, TANF o FDIPIR? Si la respuesta es SÍ, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente. Basic Food TANF FDIPIR			
								Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual				
							\$					N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$					N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar – Ingrese el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si escribe un número de caso para otro miembro del grupo familiar, pase a la Sección 4. Sin embargo, si el número de caso solo es para el niño o niños de crianza temporal, debe proseguir con la Sección 3. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Frecuencia de ingreso			Manutención de menores, Pensión alimentaria	Frecuencia de ingreso			Pensiones, Jubilaciones, Seguridad Social (SSI)	Frecuencia de ingreso			Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Frecuencia de ingreso			¿Algún miembro del grupo familiar es beneficiario de los programas Basic Food, TANF o FDIPIR? Si la respuesta es SÍ, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente. Basic Food TANF FDIPIR			
			Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes		Mensual	Semanal	Cada 2 semanas		Dos veces por mes	Mensual	Semanal		Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual				
		\$				\$				\$				\$				N° de caso _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$				\$				\$				\$				N° de caso _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$				\$				\$				\$				N° de caso _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$				\$				\$				\$				N° de caso _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$				\$				\$				\$				N° de caso _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): \_\_\_\_\_

4. Firma y Número de Seguro Social – Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en base a la información que yo proporcione. Yo entiendo que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser enjuiciado. Yo entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo podría ser compartido, como la ley lo permita.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Dirección física \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Celular/ tel. laboral \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: \_\_\_\_\_  
O, si no tiene un número de seguridad social, marque el casillero:

Firma del miembro adulto del grupo familiar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**5. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)**

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o isleño del pacífico
- Otra

Marque una identidad:

- Hispano o Latino
- No Hispano ni Latino

**Explicación acerca de cómo utilizaremos la información provista por usted.** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que la información presente en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud. No es necesario suministrar los cuatro últimos número de seguro social si usted presenta la solicitud en representación de un niño de crianza temporal o si menciona un número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (Basic Food), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo o si usted indica que el miembro adulto del grupo familiar firmante de esta solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne las condiciones para obtener el beneficio de las comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y la puesta en vigencia de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos la información relacionada con su elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y autoridades de aplicación de la ley para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

**SCHOOL USE ONLY  
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12. Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies.

**LEA APPROVAL/DENIAL**

- Basic Food/TANF/FDPIR Household
- Income Household
- Foster Child (categorically free)
- Total Household Size \_\_\_\_\_
- Total Household Income \$ \_\_\_\_\_
- Income Approved by (check one):  weekly  every two weeks  twice a month  monthly  annual

**APPLICATION APPROVED FOR:**

- Free Meals
- Reduced-Price Meals

**APPLICATION DENIED BECAUSE:**

- Income Over Allowed Amount
- Incomplete/Missing Information
- Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date Notice Sent

\_\_\_\_\_  
Signature of Approving Official

\_\_\_\_\_  
Date