

AÑO ESCOLAR 2007-08
SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIOS REDUCIDOS
PROGRAMA NACIONAL DE COMIDAS Y DESAYUNOS EN LAS ESCUELAS

Si desea que sus niños reciban comidas gratis o a precios reducidos, llene esta solicitud, fírmela y regrésela a la escuela. Si su familia recibe beneficios de alimentos básicos, TANF, o FDPIR, llene únicamente las secciones 1, 4, y 5. Si su familia no recibe beneficios de alimentos básicos, TANF o FDPIR, llene las secciones 2a, 2b, 4 y 5. Si está haciendo solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos para un niño(a) de crianza, llene las secciones 3, 4 y 5. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame a la escuela de su niño(a) y dígales que necesita ayuda para llenar la solicitud para comidas gratis o a precios reducidos. Los niños/niñas de crianza necesitarán sus propias solicitudes.

SECCIÓN 1 Enumere únicamente los niños(as) de las familias que reciben Alimentos Básicos, TANF o FDPIR								
Primer Nombre del Niño(a)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Alimentos Básicos o TANF (X)	FDPIR (X)	Número del Caso	Escuela	Salón	Grado

SECCIÓN 2a Enumere aquí los niños(as) que no reciben Alimentos Básicos, TANF o FDPIR							
Primer Nombre del Niño(a)	Inicial del segundo nombre	Apellido	Escuela	Salón	Grado	Fecha de Nacimiento	

SECCIÓN 2b Enumere los miembros de la familia y sus ingresos
 No llene esta sección si llenó la sección número 1. Enumere los nombres de TODAS las personas que viven en su casa incluyendo a usted mismo y cualesquier niños enumerados en la sección 2a. Escriba la cantidad de ingresos (CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES) que recibe ahora cada persona POR MES en la misma línea donde aparece el nombre de él/ella y de qué fuente procede; tales como salario, dinero del departamento de servicios sociales y de salud, pensiones u otras fuentes. Si los ingresos se reciben en otros períodos que no sean mensuales, use el cuadro de conversión de ingresos que aparece abajo. No incluya a los niños/niñas de crianza.

NOMBRES de Miembros de la Familia	Ingresos MENSUALES en bruto (antes de las deducciones)		MENSUALES Pagos del DSHS, Manutención de Niños, Manutención Conyugal	MENSUALES Pagos de Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Cualquier otro ingreso MENSUAL
	PRIMER Inicial de segundo nombre APELLIDO	Primer empleo Segundo Empleo			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

CONVERSIÓN MENSUAL DE INGRESOS: Semanal x 4.33; cada dos semanas x 2.15; dos veces al mes x 2

SECCIÓN 3: ENUMERE EL NIÑO(A) DE CRIANZA: Escriba un "0" si el niño(a) no tiene ingreso personal				
Nombre del niño(a)	Ingreso mensual para uso personal del niño(a)	Escuela	Salón	Grado

SECCIÓN 4: IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA DE LOS NIÑOS (opcional)
 Marque una o más identidad racial: Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Hispano o Latino
 Blanco Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico No Hispano o Latino
 Negro o Afro Americano Otro

SECCIÓN 5: FIRMA, NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y DOMICILIO
 Un miembro adulto de la familia deberá firmar la solicitud antes de que pueda ser aprobada. Si no tiene número de seguro social, marque la casilla que dice "No tengo número de seguro social". No necesita un número de seguro social si puso un número de Alimentos Básicos, TANF, o FDPIR para su niño(a), o si está solicitando para un niño(a) de crianza.

Yo atestigo que toda la información susodicha es verdadera y correcta y que he informado todos mis ingresos. Tengo entendido que esta información se ha dado para recibir fondos federales; que los oficiales de la escuela pueden comprobar la información contenida en la solicitud; y que pudiera ser enjuiciado de acuerdo con las leyes estatales y federales que apliquen si deliberadamente represento de manera torcida la información en esta solicitud.

Firme aquí por favor: X _____ Firma de miembro adulto de la familia		_____ Fecha
Nombre en letra de molde de un miembro adulto de la familia	Dirección de correspondencia	Número de teléfono en el hogar
Número de seguro social <input type="checkbox"/> No tengo número de seguro social	Ciudad y código postal	Número de teléfono del empleo

SECCIÓN 6: OTROS BENEFICIOS: Su familia pudiera calificar para MÁS beneficios. No es necesario llenar esta sección para recibir las comidas gratis y a precios reducidos. MARQUE Y FIRME ABAJO.

¿Necesita seguro de salud gratis para sus niños? Por favor marque esta casilla y firme en la parte de abajo si está interesado en solicitar para un seguro de salud que incluye visitas con su médico, recetas médicas, hospital, cuidado dental, anteojos y más. *Por favor no marque la casilla si ya recibe Medicaid y recibe una tarjeta o cupón blanco y verde del DSHS cada mes.* Para más información, llame al 1-877- KIDSNOW (543-7669).

Marque aquí y firme abajo si desea otorgarles permiso a los oficiales de la escuela para que usen la información provista en esta solicitud para determinar la elegibilidad de sus niños para _____.

(Enumere el nombre(s) del programa(s) específicos a su escuela)

Tengo entendido que estoy proveyendo información que muestra que estoy solicitando beneficios gratis y a precios reducidos bajo los Programas de Nutrición de Niños. Con este propósito únicamente, renuncio mi confidencialidad.

Por favor firme aquí: X _____
 Firma del padre, madre o tutor _____ fecha _____

***Declaración de la Ley de Privacidad:** Ley Nacional de Comidas Escolares (Sección 9) exige que a menos que se provea el número del caso de Alimentos Básicos, TANF o FDPIR de su niño(a), deberá incluir el número de seguro social del miembro adulto de la familia que firme la solicitud, o indicar que el miembro de la familia que está firmando la solicitud no tiene un número de seguro social. No es obligatorio que se provea un número de seguro social, pero si no se da un número de seguro social o no se hace una indicación que el firmante no tiene un número de seguro social, entonces la solicitud no puede ser aprobada. El número de seguro social pudiera usarse para identificar al miembro de la familia en los esfuerzos por confirmar la veracidad de la información provista en la solicitud. Esta confirmación puede hacerse por medio de revisiones de programas, auditorías, e investigaciones, y pudiera incluir el ponernos en comunicación con los empleadores para determinar los ingresos y beneficios y ponernos en comunicación con la oficina estatal de seguridad de empleos para determinar la cantidad de beneficios recibidos y chequear la documentación presentada por los miembros de la familia para probar la cantidad de ingresos recibida. Esto pudiera resultar en la pérdida o reducción de beneficios, reclamos de administración, o acción jurídica si se provee información incorrecta.

PARA USO DE LA ESCUELA ÚNICAMENTE – NO ESCRIBA A PARTIR DE ESTA LÍNEA

LEA APPROVAL/DENIAL

___ Basic Food / TANF/FDPIR Household
 ___ Income Household
 ___ Foster Child

Total Household Monthly Income \$ _____

Total Household Size _____

APPLICATION APPROVED FOR:

___ Free Meals
 ___ Reduced-Price Meals

TEMPORARY APPROVAL FOR:

___ Free Meals
 Date Temporary Approval Expires: _____

APPLICATION DENIED BECAUSE:

___ Income Over Allowed Amount
 ___ Incomplete/Missing Information
 ___ Other: _____

_____ Date Notice Sent _____ Signature of Approving Official _____ Date _____

VERIFICATION: Verification procedures must not delay approval of application

Date Selected for Verification		___ Not Confirmed	___ Confirmed
Response Due From Household			
Second Notice Sent			

MONTHLY INCOME	COMMENTS	RESULTS	REASON FOR ELIGIBILITY CHANGE
\$		No Change	Income
Wage Stubs		Free to Reduced	Household Size
Written Documents		Ineligible	Refuse to Cooperate
Collateral Contact		Reduced-Price to Free	Other:
Agency Records		Free to Paid	
Other		Reduced-Price to Paid	

Date of Change _____ Date Adverse Notice Sent _____

Signature of Verifying Official _____ Date _____