Solicitud familiar de comidas escolares gratuitas o a precio reducido (Completar una solicitud por familia) Anexo C: 2017-18

Devuelva la solicitud completada a: *(Escriba el nombre de la escuela, dirección postal aquí)*

Parte 1: Niños que asisten a la escuela

Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela, incluidos los niños en custodia. Si todos los niños que se indican son niños en custodia, omita la Parte 4 para firmar el formulario. (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Marque la casilla que aparece a continuación si el niño es un niño en custodia	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Grado
	❑		
	❑		
	❑		
	❑		
	❑		

Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)

Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR: (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)

1. Miembros de la familia Indique el nombre de **todos** los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en **dólares, en números redondos** (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el *ingreso para uso* **personal** *del niño en custodia.*	**2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió**					
	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia

Número total de miembros de la familia: _____ (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX – XXX – _ _ _ _ Marque esta opción si no hay SSN ❑

Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".

Firme aquí: Nombre en letra de imprenta: Fecha:

Dirección (si está disponible): Código postal: Teléfono durante el día:

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)

Marcar una identidad étnica: – y – **Marcar una o más identidades raciales:**

❑ Hispano o latino
❑ No hispano ni latino

❑ Asiático
❑ Blanco
❑ Negro o afroamericano
❑ Indio americano o nativo de Alaska
❑ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)

Conversión del ingreso anual: Semanal X 52 Cada 2 semanas X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

Cantidad total de integrantes de la familia:_____

Ingreso total:_____por

❑ Año ❑ Mes ❑ Dos veces al mes ❑ Cada dos semanas ❑ Semana

❑ Gratuitas ❑ Reducidas ❑ Rechazado

❑ Ingreso
❑ Elegible según categoría:
❑ *SNAP/TANF/FDPIR*
❑ *Niño en custodia*

Motivo del rechazo:
❑ Ingreso demasiado elevado
❑ Solicitud incompleta

Firma del funcionario que determina: Fecha de aprobación:

PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE: Fecha de retiro