

2020-2021 Solicitud para Alimentos gratis o a precio reducido del Distrito Escolar de Orchard Llene una solicitud por familia

Lea las instrucciones incluidas con la aplicación de cómo aplicar. Por favor imprimir y utilizar una pluma. También puede solicitar en línea en family.titank12.com. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Código de Educación de California Sección 49557(a): "Las solicitudes para alimentos gratis o a precio reducido podrán entregarse en cualquier momento del día escolar. Los niños participando en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no deberán ser identificados públicamente con premios/filas especiales, entradas o comedores separados ni de ninguna otra manera".

PASO 1 – INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Entre el nombre de CADA ESTUDIANTE que atendera la escuela (Primer, Inicial Segundo Nombre, Apellido)	Entrar en nivel de grado y nombre de la escuela		Ingrese fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla aplicable si el estudiante es:			
Ejemplo: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	Baja Cuidado adoptivo Temporal	Sin Hogar	Migrante	Fugado del hogar
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR?

Si contestó **NO**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ , marque la casilla del programa pertinente, sáltese PASO 3 y vaya al PASO 4.	Select Program Type: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Anote el número de caso:
---	---	--------------------------

PASO 3 DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)

INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1.		Ingresos totales de los estudiantes		Frecuencia	
Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas Ejemplo DIA 3, DIA 17, DIA 31, 2M = Cada Quincena el 15 y 30 del mes, M = Mensual, A = Anual.		\$			
B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted): Anote a TODOS los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos . Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos BRUTOS TOTALES (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.					
Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas Ejemplo DIA 3, DIA 17, DIA 31, 2M = Cada Quincena el 15 y 30 del mes, M = Mensual, A = Anual					
Escriba el nombre del resto de los miembros del hogar (Primer y Apellido)	Ingresos del Trabajo	Frecuencia	Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia	Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso
	\$		\$		\$
	\$		\$		\$
	\$		\$		\$
	\$		\$		\$
Todos Los Miembros del hogar (Niños y Adultos)	D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar		Marque aquí si no tiene SSN		
				<input type="checkbox"/>	

PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del Adulto que Llenó esta Forma:	
Nombre del Adulto que Llenó esta Forma:	
Fecha De Hoy:	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Correo Electronico:	

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION. SOLO ES PARA USO DE LA ESCUELA

Conversión del Ingreso Anual: Semanal x52, Quincenal x26, Dos Veces al Mes x24, Mensual x12 ¿Cada cuando? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces almes <input type="checkbox"/> Mesual <input type="checkbox"/> Anual		Ingreso Total del Hogar
Total en la Familia	Aprobado Como: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Precio Reducido <input type="checkbox"/> Rechazado	<input type="checkbox"/> Categorico
	Verificado como: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Huido del Hogar	<input type="checkbox"/> Propensa a Errores
Personal que Determina:	Fecha:	
Oficial que Confirma:	Fecha:	
Oficial que Verifica:	Fecha:	

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA DE LOS NIÑOS

Es un requisito pedir la información de raza y etnicidad de los niños. La información es importante y ayuda a que aseguremos servir totalmente a nuestra comunidad. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

Etnicidad (marque uno):

Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawaii /otras islas del Pacifico Blanco

