

# San Dieguito Union High School District

## SOLICITUD PARA ALIMENTOS ESCOLARES GRATUITOS A PRECIO REDUCIDO O LECHE GRATUITA PARA EL AÑO ESCOLAR 2009 – 2010

UNA solicitud por familia Y UNA por cada niño/joven adoptivo

Indique aquí si el/la estudiante ingresa por primera vez al programa de almuerzo gratuito de San Dieguito UHSD

### SECCIÓN A. Todos los Hogares Completan ésta Sección

SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR – ELIGIBILITY DETERMINATION		
HSHLD SIZE:	HSHLD INCOME: \$	Direct Certified as: H M R <input type="checkbox"/> EP
Direct Certified as: H M R		
Temporary Free, Expiration Date:		(45 days maximum allowed)
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR Benefits		
DETERMINING OFFICIAL	Date	2 <sup>nd</sup> Review: Date
VERIFICATION OFFICIAL	Date	

INFORMACIÓN DE CADA ESTUDIANTE NIÑO/JÓVEN				SOLAMENTE PARA QUIEN RECIBE BENEFICIOS DE: FOOD STAMP, CAL WORKS, KIN GAP ó FDIPIR			
Apellido	Primer Nombre	Escuela Anote "ninguna" si no asiste a la escuela	Grado	Anote el tipo de asistencia - beneficio: ♦ Food Stamp ♦ CalWORKs ♦ Kin-GAP, ♦ FDIPIR	Anote el Número del Caso	Ingreso del niño/joven Anote "0" si no recibe ingreso	SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR:
1.						\$	
2.						\$	
3.						\$	
4.						\$	
5.						\$	

Si usted indicó el número del caso de Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, ó FDIPIR para cada niño/joven en la Sección A, evite la Sección B y prosiga a completar la Sección C.

- Nombre del Estudiante Adoptivo: \_\_\_\_\_ Ingreso para el uso personal del estudiante: \$ \_\_\_\_\_ -semanal-mensual-anual (Señale con un círculo)
- Si el niño/joven para quien solicita no tiene hogar, es emigrante, o se fugó del hogar, indique:  Sin hogar  Emigrante  Fugado del hogar, continúe usted a la Sección C, firme la solicitud y póngase en contacto con oficina escolar.

### SECCIÓN B. MIEMBROS DEL HOGAR Y SUS INGRESOS

**Anote todos los miembros adultos del hogar**, sin importar el ingreso. (2) Indique la(s) cantidad(es) y la(s) fuente(s) de ingreso para aquellos adultos en el hogar quienes recibieron ingreso el mes pasado, (3) **Anote todo ingreso que recibió para/de un menor** por empleo de tiempo completo o de tiempo medio, pagos de beneficios de Seguro Social - SSI, ó Asistencia por Adopción; y (4) Si la cantidad del mes pasado es mayor/menor de lo que recibe regularmente, anote la cantidad que es regular.

Nombre Completo	SI NO TIENE INGRESO ANOTE CERO, "0"	Sueldos de Ingreso de Empleo Antes de Deducciones, Incluya Todos los Empleos	Pensión, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de Welfare, Ayuda Económica para Menores, Pagos por Pensión Conyugal	Otro Ingreso Mensual	SOLAMENTE PARA USO DEL PERSONAL ESCOLAR:
						TOTAL INCOME
Ingreso en Crudo (sin deducciones) – debe de declarar cuánto y con qué frecuencia. Por ejemplo: \$100/por semana, \$100/por mes ó \$24,000/al año						
1.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$	\$

ANOTE LA CANTIDAD TOTAL DE MIEMBROS EN EL HOGAR (El número que anote deberá de ser igual a la cantidad de nombres que anotó en la Sección A y la Sección B)

Código de educación de California 49557(a): Las solicitudes para alimentos gratuitos y a precio reducido pueden someterse a cualquier hora durante el horario del día escolar. A los niños/jóvenes que participan en el programa nacional de almuerzo - National School Lunch Program, no se les distinguirá bajo el uso de, fichas, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o de cualquier otra manera.

Declaración del Decreto de Privacidad - Privacy Act Statement

"El Decreto para el Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell exige la información en ésta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no la proporciona, no podemos aprobar que le proporcionen a su niño/joven alimentos para almuerzo gratuito ó a precio reducido. Usted deberá de proporcionar el número del seguro social del miembro adulto en el hogar quien firma la solicitud. El número de seguro social no se requiere cuando usted está presentando la solicitud en nombre de un menor adoptado, ó cuando usted proporciona el número de caso de; Food Stamp, California Work Opportunity (CalWORKs), Kinship Guardian Assistance Payment (Kin-GAP), ó Programa de distribución de alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR) u otro número de identificación FDIPIR ó cuando usted indica que el adulto quien firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir alimentos gratuitos ó a precio reducido y para la administración y hacer que se cumpla con los programas de almuerzo y desayuno."

### SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBEN DE LEER Y COMPLETAR ÉSTA SECCIÓN

Certifico que toda la información que he presentado es verdadera y correcta y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que ésta información es para recibir los fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información en la solicitud, y que la falsificación intencional de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN COMPLETÓ ÉSTE FORMULARIO X	FECHA DE HOY	NÚMERO DE TELÉFONO
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN FIRMA ÉSTA SOLICITUD	Número de Seguro Social (SSN) <input type="checkbox"/>	NO TENGO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO
		CÓDIGO POSTAL

### SECCIÓN D. IDENTIDAD(ES) ÉTNICA Y RACIAL DEL/LOS NIÑO(S) / JÓVEN(ES) (Opcional)

- .1. Escoja una o varias identidades raciales (sin la identidad étnica):  Asiático  Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afro-Americano  Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico .2. Escoja una identidad étnica:  Hispano/Latino  No es Hispano/Latino