

**2018-2019 Center for Advanced Learning Solicitud de Comidas gratis o a precio reducido.** Completar una solicitud por hogar.

Lea las instrucciones que se incluyen con la aplicación en la forma de aplicar. Por favor, imprimir y utilizar una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad y oportunidades. Educación Sección del Código de California 557 (a): "solicitud para las comidas gratis y de precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les exigirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio".

**PASO 1 - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Los niños en el cuidado de crianza y niños que cumplen con la definición de **personas sin hogar, emigrante o fugitivo** son elegibles para recibir comidas gratis. Use una hoja de papel para nombres adicionales.

Nombre de cada estudiante que va a asistir a la escuela (Nombré, Segundo, Apellido) EXAMPLE: Joseph P Adams	nombre de la escuela y nivel de grado		fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante es Adoptivo, Personas sin hogar, emigrante o fugitivo.			
				Hijo adoptivo	Sin hogar	Emigrante	Fugitivo
	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	<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"/>

Escribe los nombres de los estudiantes y todos los niños menores de edad.

**PASO 2 - PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR**

¿Cada miembro del hogar (incluyendo a usted) participa en actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?  
Si respondió que **NO** llene PASO 3

Si respondió que **SI** Marque la casilla del programa pertinente, anote su número del caso y pase al PASO 4 (No llene PASO 3)

Seleccione el tipo de programa:  CalFresh  CalWORKs  FDIPIR

Numero de Caso: **CalFresh / SNAP #**

**PASO 3 - REPORTE TODOS LOS INGRESOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Pase al PASO 3 si respondió 'SI' en el PASO 2)**

**A. INGRESOS DEL ESTUDIANTE:** A veces los estudiantes en el hogar obtienen ingresos. Por favor, incluya los ingresos totales obtenidos por todos los estudiantes anotados en el PASO 1 aquí. Reportar el ingreso total en dólares enteros gana antes de impuestos y deducciones. Introduzca el período de pago apropiado:  
S = Semana, Q = Quincena, 2M = 2 Veces al Mes, M = Mensual, A = Año

Total Ingresos del estudiante	Cada Cuando
\$	

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Liste todos los miembros del hogar no aparece en el paso 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, informar el ingreso total de cada fuente únicamente en dólares enteros. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si introduce "0" o dejar ningún campo en blanco, se está certificando (prometedor) que no hay ingresos para reportar. Reportar todos los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones. Introduzca el período de pago correspondiente en la columna "Frecuencia":  
S = Semana, Q = Quincena, 2M = 2 Veces al Mes, M = Mensual, A = Año

Introduzca el nombre de todos los demás familiares (Primer y Apellido)	Ingresos del Trabajo	Cada Cuando	Asistencia Publica/SSI/Manutención de los hijos /Pensión	Cada Cuando	Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso	Cada Cuando
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

Escribe los nombres de todos los Adultos en casa y aun no tengan ingresos.

**PASO 4 - INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO**

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de los fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Firma del Adulto llenando este solicitud:

Emprima su Nombre:

Fecha de Hoy:      Numero de Contacto:

Dirección:

Ciudad:      Estado:      Código Postal:

E-mail:

Por favor firme e imprima su nombre. Incluya sus datos de contacto.

Total de Miembros (Menores y Adultos)

Introduzca los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si NO SSN

**Seguro Social # o Marque ✓ en la caja sin no hay**

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY**

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12  
How Often?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Total Household Size  Eligibility Status:  Free  Reduced-price  Paid (Denied)

Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway

Determining Official's Signature:      Date:

Confirming Official's Signature:      Date:

Verifying Official's Signature:      Date:

**OPCIONAL - IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL MENOR**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. En respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o de precio reducido.

**Grupo Étnico (Marque uno):**  
 Hispano or Latino       No Hispano o Latino

**Raza (Marque una o más Casillas):**  
 Indio o nativo americano de Alaska       Asiático       Negro o Africano Americano  
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico       Blanco