

# William S. Hart Union High School District - Solicitud de la familia para recibir comidas escolares gratuitas y a precios reducidos 2019-20 - Llene una solicitud por hogar

Sirviendo las siguientes escuelas: AOC, Arroyo Seco, Bowman, Canyon, Castaic HS/iCAN, Golden Valley, Hart, La Mesa, Learning Post, Placerita, Rancho Pico, Rio Notre, Saugus, Sequoia, Sierra Vista, TLC, Valencia, y West Ranch. Lea las instrucciones incluidas con la aplicación sobre cómo aplicar. Por favor imprima y utilice un bolígrafo. Completar esta solicitud y regreso a la escuela o a WSHUHS ATTN: Carolyn McMahon, 21380 Centre Pointe Pkwy, Santa Clarita, CA., 91350. Si tiene preguntas llame a 661-259-0033 x216. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. Artículo 49557(a) del Código de Educación

de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fijas, boletos especiales, filas especiales para servirles; entradas separadas; comedores separados por otros medios."

## PASO 1 – Información del niño \*Adjunte otra hoja de papel para nombres adicionales.

Ingrese el nombre de TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR de 17 años y menos* (Apellido, Primer nombre del menor)	Nombre de escuela	Grado	Estudiante es nuevo?	WSHUHS número de estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante está Bajo celda adoptivo temporal, sin hogar, inmigrante, o se tugo de la casa			
EJEMPLO: Hart, William	EJEMPLO: Castaic High School	12	SI NO	EJEMPLO: 99000000	Foster/Bajo cuidado adoptivo temporal	Sin hogar	Inmigrante	Se tugo de la casa
			<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"/>	<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 (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?  CalFresh  CalWORKS  FDIPIR

Si respondió que SI, no llene el PASO 3. Marque la casilla del programa pertinente, anote de número de caso y vaya al PASO 4. Tipo de programa:  FDIPIR

Si respondió que NO, Salte el PASO 2 y llene el PASO 3. Número de caso: \_\_\_\_\_

## PASO 3 – Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'SI' en el PASO 2)

**A. Ingresos de los menores: En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Por favor incluya los ingresos TOTALES ganados por todos los estudiantes listados en el PASO 1 aquí. Informe los ingresos totales en dólares enteros ganados antes de impuestos y deducciones. Marque el período de pago apropiado.**

Ingresos totales de los menores \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  2 veces por mes  Mensual  Anual

**B. TODOS los demás miembros del hogar (incluido usted) de 18 años o más: Enumere TODOS los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, reporte el ingreso TOTAL para cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos escriba '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, esta certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. Informe todos los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones. Marque el período de pago apropiado.**

Nombre y apellido de todos los demás miembros adultos del hogar	Ingresos de trabajo antes de impuestos y deducciones				Asistencia pública/SSI/Manutención de menores/Pensión alimenticia				Pensiones/Jubilación/Todos los demás ingresos				
	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Anual
\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PASO 4 – Información de contacto y firma del adulto

## Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

**Certificación:** "Certifico (prometo) que toda información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todas los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy, intencionalmente información, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes"

Firma del adulto que llenó este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del adulto que lleno este formulario: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del ganador del salario principal u otro miembro del hogar adulto. **Omíta SSN si completó el PASO 2.** XXX - XX -     Marque la casilla si NO tien (SSN)

## OPCIONAL – Identidad étnica y racial de los menores

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marque una):  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):  Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroestadounidense  Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico  Blanco

**NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

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)  Error Prone  Incomplete

Verified as:  Foster  Homeless  Migrant  Runaway  Categorical

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Homeless Coordinator's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Total Household Income \$ \_\_\_\_\_