

Distrito Escolar Unificado de Fairfield-Suisun 2019-20 Solicitud para Comidas Gratis o a Precio Reducido

Completar una aplicación por hogar. Siga las instrucciones en la parte posterior e imprima con pluma. Los resultados se envían por correo dentro de 10 días.

Regrese a: Child Nutrition Services: 2490 Hilborn Road, Fairfield, CA, 94534. Sobre estampado proporcionado.

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis o a precio reducido pueden enviarse en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán abiertamente identificados por el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, áreas de comedor separadas o por cualquier otro medio. *Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.*

PASO 1 – INGRESE LA INFORMACIÓN DE FSUSD DEL ESTUDIANTE y continúe con el PASO 2

Apellido	Primer Nombre	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento	Marque la casilla correspondiente si el estudiante es:			
				De Crianza Temporal	Sin hogar	Programa Educación Migrante	Abandonó el 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: ¿CUALQUIER Miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR?

Si la respuesta es SÍ , marque la casilla del programa correspondiente, ingrese un número de caso y continúe con el PASO 5. Si NO , omita y continúe con el PASO 3.	Seleccione el tipo de Programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Escriba el número del caso: (Número del caso de CalFresh en la tarjeta EBT bajo del nombre)
--	---	---

PASO 3 – ANOTE A OTROS NIÑOS (MENORES DE 18 años) EN EL HOGAR y continúe al PASO 4.

Apellido	Primer Nombre

PASO 4 – REPORTAR INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (omita este paso si respondió 'SÍ' en el PASO 2)

A. INGRESOS DE NIÑOS: Escriba el **INGRESO TOTAL** (antes de impuestos) obtenido por todos los niños en los PASOS 1 y 3. Escriba el periodo de pago en el cuadro "Con qué frecuencia" caja: **W** = Semanal, **2W** = Quincenal, **2M** = Dos veces al mes, **M** = Mensual, **Y** = Anual

Ingreso total del/ los niño(s): \$	Con qué frecuencia:
------------------------------------	---------------------

B. TODOS LOS ADULTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluyéndose a usted): por cada miembro adulto de la familia, informe el **INGRESO TOTAL** (antes de impuestos). Si el miembro del hogar no recibe ingresos, escriba "0". Si ingresa "0" o deja en blanco los espacios, está garantizando (prometiendo) que no hay ingresos para informar.

Escriba el período en el cuadro "frecuencia": **W** = Semana, **2W** Quincenal, **2M** = Dos veces al mes, **M** = Mensual, **Y** = Anual

Apellido	Primer Nombre	Ingresos del trabajo	Con qué frecuencia	Asistencia pública, SS, manutención infantil, pensión alimenticia	Con qué frecuencia	Pensiones, retiro, todos los demás ingresos	Con qué frecuencia
		\$		\$		\$	
		\$		\$		\$	
		\$		\$		\$	
		\$		\$		\$	

C. Número TOTAL de miembros en el hogar (Niños y adultos)

D. Los últimos 4 dígitos del número del seguro social (SSN) de la persona que obtiene el salario principal u otro miembro adulto de la familia

Marque la casilla si **NO** tiene SSN

PASO 5 – INFORMACIÓN DE CONTACTO y FIRMA

Certificación: Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se reporta todo el ingreso. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la obtención de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (revisar) la información. Estoy enterado de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del adulto que completa esta solicitud:

Escriba el nombre con letra de molde:

Fecha: Número telefónico:

Dirección postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

OPCIONAL – Identidades raciales y étnicas de los niños

Etnicidad (marque una):

Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más):

Indio americano o nativo de Alaska Blanco
 Negro o Afroamericano Asiático
 Nativo de Hawaiian u otra isla del Pacífico