Solicite en línea en [**[Insert**](http://www.abcdefgh.edu/) **Webpage]**

**[Insert District Name] 2018-2019 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido**

Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

**Mencione a todos los estudiantes que asisten [Insert District Name] (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)**

**PASO 1**

Niño de Head Bajo Custodia

Acogida Start Temporal Sin Hogar Migrante

Inicial

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento

 M M D D A A

Grado



Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

**PASO 2**

**Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.**



Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Provea el número de caso y vaya al Paso 4.**



Número de caso FDPIR

Número de caso TANF

Número de caso SNAP

**Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)**

**PASO 3**

¿Con qué frecuencia?

Ingreso del estudiante

$

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal |  Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  |

Fecha de hoy

**FIRMA** del miembro adulto del hogar

Código postal

CO

Ciudad

*“Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales”.*

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: [Insert School/District Mailing Address]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  |

**$**

**$**

**$**

**$**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 semanas  | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  |

**$**

**$**

**$**

**$**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semanal | Cada 2 Semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|  |

**$**

**$**

**$**

**$**

Ingresos del trabajo

Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge

1. **Ingresos del estudiante**

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

1. **Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)**

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba ‘0’. Si escribe ‘0’ o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia?

¿Con qué frecuencia?

**Nombres de todos los otros miembros del hogar**

(Nombre y apellido)

Pensiones/Jubilación/

cualquier otro ingreso

**XXX-XX-**

**Marque si no tiene SSN**

**Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque ‘NO SSN’** SOLO si completó el Paso 3B.

**Total de miembros del hogar**

(Estudiantes y adultos de los pasos 1 y 3)

 # Apt o # Lote

Dirección de correo electrónico

Dirección postal o PO Box

Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta

Teléfono

**PASO 5 Divulgación de información**

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, está información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. *Su información* ***SERÁ*** *compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación*

Ver atrás de la aplicación

**NO** compartan mi información con Medicaid/SCHIP programas

 **OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños**

Raza (marque una o más):

Indio americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Hispano o latino

Ni hispano ni latino

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnica (marque una):

Asiático

Blanco

 **Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.**



**Colorado PEAK** es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite **coloradopeak.force.com**

|  |
| --- |
| NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO |
| **Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12** |
| Application Type: Total Household Income: $ Household Size:\_ Household Income Frequency -  Weekly  Bi-Weekly  2x/Month Monthly AnnuallyCategorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF FosterHomeless/Migrant/Runaway/Head Start | Application Status:Approved - Free ReducedDenied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing: Notes:  |
| Determining Official Signature: Approval/Denial Date: Notification Sent: |

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.