

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO PARA EL AÑO 2005-2006
SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Complete esta solicitud y regrésela a la escuela. Esta solicitud también se puede utilizar para solicitar beneficios de Medi-Cal. Ud. **no necesita completar la solicitud de Medi-Cal (Sección E) para solicitar almuerzos escolares gratis o a precios reducidos.**

SECCIÓN A . INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE: Complete esta Sección con la información de todos los niño(s) en su hogar.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ESTUDIANTE					PARA USO DE LA ESCUELA	ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKS KinGAP, o FDPPIR		NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER) (NECESITA SOLICITUD SEPARADA)		INGRESO MENSUAL DEL NIÑO
APELLIDO	NOMBRE	ESCUELA "N/A" SI NO ASISTE A UNA	GRADO	NÚMERO DE CLASE		Escriba "SÍ" o "NO"	Si Escribe "SÍ" Indique # del Caso	Escriba "SÍ" o "NO"	Si indico "SÍ" Indique Ingreso Personal Mensual del Niño(s)	Salarios, Seguro Social, Ayuda de Adopción u Otros Ingresos
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

Si indicó un número de caso de estampillas de comida, CalWORKS, KinGAP o FDPPIR para cada niño en la Sección A, o si esta solicitud es para un niño de crianza temporal y Ud. indicó su ingreso mensual personal NO complete la Sección B, siga directo a la Sección C.

SECCIÓN B. MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESOS MENSUALES. Anote todos los miembros del hogar, tengan o no ingresos mensuales. Indique la cantidad del ingreso mensual de cada miembro en el hogar del mes pasado. Si alguna cantidad del mes pasado fue más o menos de lo normal, indique la cantidad usual del ingreso. También indique cualquier ingreso de trabajo de medio o tiempo completo, Seguro Social o Asistencia de Adopción recibido por cualquier niño que no haya sido anotado en la Sección A.

APELLIDO	NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES MENSUALES JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS MENSUALES DE WELFARE, AYUDA PARA PERSONAS DIVORCIADAS	CUALQUIER OTRO INGRESO (INDIQUE DE DONDE PROVIENE)	PARA USO DE LA ESCUELA: TOTAL MONTHLY INCOME
1.						
2.						
3.						
4.						

SECCIÓN C. Yo certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido declarados. Yo comprendo que esta solicitud es para recibir fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información en esta solicitud y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciado conforme las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUE COMPLETA ESTA SOLICITUD		TELÉFONO	FECHA DE HOY
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUE COMPLETA ESTA SOLICITUD		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO TIENE SEGURO SOCIAL)	
DOMICILIO	APARTAMENTO #	CIUDAD	ZONA POSTAL

Esta institución es proveedora de oportunidades de igualdad.

SECCIÓN D. IDENTIFICACIÓN RACIAL/ÉTNICA DEL NIÑO (OPCIONAL): 1) Indique una o más de las categorías raciales indicadas:

2) SON ESTOS NINOS DE ORIGEN HISPANA O LATINA? SI NO

INDÍGENA AMERICANO U ORIUNDO DE ALASKA ASIÁTICO NEGRO O AFROAMERICANO ORIUNDO DE HAWAII O DE OTRAS ISLAS DEL PACIFICO BLANCO

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. A los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados u otra forma de discriminación. Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, KinGAP, o FDPPIR de su su niño(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingresos, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleo del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

FOR SCHOOL USE ONLY- ELIGIBILITY DETERMINATION					
Year Rd Track:	Household Size:	Household Income:	Determining Official:	Date:	
<input type="checkbox"/> Zero Income, Temporary Free Until (45 Calendar Days From Date Of This Determination):			Direct Certified as: H M R		
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Categorically Free Due To Food Stamps, CalWORKs, Kin-Gap, or FDPPIR Benefits			2 nd Review:		EP <input type="checkbox"/>
Verification Official:	Date:	Follow-up:			

ALTO!! NO COMPLETE ESTA PAGINA (SECCIÓN E) SI SU NIÑO(S) YA RECIBEN MEDI-CAL O EL PROGRAMA DE HEALTHY FAMILIES.

SECCIÓN E. (Opcional): SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE MEDI-CAL, HEALTHY FAMILIES O HEALTHY KIDS.
COMPLETE SECCIÓN E SOLAMENTE SI UD. QUIERE SOLICITAR BENEFICIOS DE SALUD PARA SUS NIÑO(S).
No necesita completar esta sección para que sus niños califiquen para almuerzos escolares.

For School Use Only		MC FAMILY SIZE _____				
FREE _____	CHILD AGE _____	1	2	3	4	5
REDUCED _____	INCOME _____					
DENIED _____						

NOMBRE DE LOS NIÑOS/ESTUDIANTES EN LA SECCION A		¿QUIERE UD SOLICITAR BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA ESTE NIÑO?	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO (MES/DÍA/AÑO)	GÉNERO		MADRE O MADRASTRA EN CASA INDIQUE MADRE O MADRASTRA POR CADA NIÑO Y ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO	PADRE O PADRASTRO EN CASA INDIQUE PADRE O PADRASTRO POR CADA NIÑO Y ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO	SI NO MADRE/PADRE EN CASA ESCRIBA EL NOMBRE DEL TUTOR E INDIQUE RELACIÓN AL NIÑO
APELLIDO	NOMBRE			SÍ o NO	MAS-CULINO			
1.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	
2.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	
3.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	
4.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	
5.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	
6.						MADRE MADRASTA	PADRE PADRASTO	

LEA y FIRME la Sección abajo si Ud. quiere solicitar BENEFICIOS DE MEDI-CAL para sus niño(s). Un Padre/Tutor del niño(s) debe de firmar abajo. Si su niño(s) no es elegible para beneficios completos, sin costo de Medi-Cal, podríamos mandar su solicitud a los programas Healthy Families o Healthy Kids.

SI MI NIÑO(S) ES ELEGIBLE PARA RECIBIR ALIMENTOS GRATIS, yo convengo a lo siguiente: 1) La escuela va a compartir esta solicitud de comida de escuela con los representantes del programa de Medi-Cal con el fin de determinar si mi niño(s) es elegible para Medi-Cal. 2) El programa de Medi-Cal puede ponerse en contacto con la escuela para pedir que me ayuden a llenar la solicitud. 3) Si mi niño(s) no es elegible para beneficios completos, sin costo Medi-Cal, esta solicitud puede se compartida con los programas de Healthy Families o Healthy Kids para el propósito de aplicar a esos programas. Yo entiendo que la información sobre esta solicitud de comida es confidencial y no será compartida con otras agencias estatales a excepción de la administración de los programas de Medi-Cal, Healthy Families o Healthy Kids. Yo certifico que soy el padre/tutor legal de los niños/as para cual se está procesando esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio bajo leyes del estado de California que las declaraciones y la información sobre esta solicitud para los propósitos de Medi-Cal, Healthy Families y Healthy Kids son verdaderas y correctas a mi conocimiento y entendimiento.

§ _n FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR EN CASA de los niños solicitando Medi-Cal	IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE O MADRE/TUTOR	FECHA DE HOY
--	---	--------------

* ¿Recibe su niño(s) estampillas para comida o FDPIR? Si la respuesta es “SÍ” por favor responder las siguientes preguntas:

¿Cuántos miembros inmediatos de familia viven en la casa, incluyendo al niño(s)? _____

¿Cuál es el ingreso total del niño(s) y de los padres/padres adoptivos que viven en la casa? _____

¿Hay mas de una familia (padres/hijo) en casa? Si la respuesta es “SÍ” necesitamos la firma del padre o madre/tutor de la otra familia.

§ _n FIRMA DEL PADRE O MADRE/TUTOR EN CASA de los niños solicitando Medi-Cal	IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE O MADRE/TUTOR	FECHA DE HOY
--	---	--------------

* ¿Recibe su niño(s) estampillas para comida o FDPIR? Si la respuesta es “SÍ” por favor responder a las siguientes preguntas:

¿Cuántos miembros inmediatos de familia viven en la casa, incluyendo el niño(s)? _____

¿Cuál es el ingreso total del niño(s) y de los padres/padres adoptivos que viven en la casa? _____