

Por favor responda
en inglés

Spanish

Application for Free and
Reduced Price Meals

Shoreline School District 412

Año escolar 2009-2010

SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIOS REBAJADOS

Si desea solicitar comidas gratuitas y a precios rebajados para su hijo, complete esta solicitud, fírmela y devuélvala a la escuela. Si necesita asistencia, llame a la escuela y solicite ayuda para completar la solicitud de comidas gratuitas y a precios rebajados (206) 361-4209

SECCIÓN 1 HIJOS EN LA ESCUELA (Use una solicitud independiente para cada niño acogido)			
Nombres de todos los hijos en la escuela (Primer nombre, inicial del segundo, apellido)	Nombre de la escuela	Grado	No. de caso SNAP* o TANF (si lo hubiere). Pase a la Sección 5 si tiene un No. de caso SNAP* o TANF

SECCIÓN 2 Si el menor para el cual está presentando la solicitud no tiene hogar, no posee residencia fija o es un fugitivo, marque la casilla correspondiente y llame a _____ (your school, homeless liaison, migrant coordinator)
al _____

Sin hogar Sin residencia fija Fugitivo

SECCIÓN 3 MENOR ACOGIDO
Si esta solicitud es para un menor que es responsabilidad legal de un organismo de bienestar o un tribunal, marque esta casilla y luego el ingreso mensual destinado al menor: \$ _____. Pase a la Sección 5.

SECCIÓN 4 INGRESO TOTAL BRUTO DE LA FAMILIA - Debe indicarnos cuánto dinero y con qué frecuencia

1. Nombres de los miembros de la familia (Enumere a todos los miembros de la familia)	2. Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió <i>Ejemplo: \$100/mensuales \$100/dos veces al mes \$100/cada dos semanas \$100/semanales</i>				3. Marque si NO percibe ingresos
	Ganancias laborales antes de la deducción de impuestos	Bienestar, sustento de hijos, pensión conyugal	Pensiones, jubilación, seguro social	Todos los demás ingresos	
Ejemplo: Jane Smith	\$200/semanales	\$150/semanales	\$100/mensuales	\$ ____/____	<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"/>

SECCIÓN 5 FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (debe firmar un adulto)

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si completa la sección 4, el adulto que firme el formulario también debe indicar su número de seguro social o marcar la casilla "No tengo número de seguro social". (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad al dorso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que he indicado todos los ingresos que percibo. Comprendo que la escuela obtendrá fondos federales basándose en la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Comprendo que si entrego información falsa deliberadamente, mis hijos pueden perder los beneficios de alimentación, y puedo enfrentar demandas.

NOMBRE DE UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA, CON LETRA DE IMPRENTA	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO DE LA CASA ()
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

No tengo número de seguro social.
Firme aquí: X _____ Firma de un miembro adulto de la familia _____ Fecha

SECCIÓN 6 IDENTIDADES RACIALES Y ÉTNICAS DE LOS NIÑOS (opcional)

Marque una o más identidades raciales:

Asiático Indio americano o nativo de Alaska
 Blanco Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
 Negro o afroamericano Otro _____

Marque una identidad étnica:

Hispano o latino
 No hispano ni latino

Shoreline School District 412

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precios rebajados si el ingreso de su familia coincide con los límites de esta tabla.

Tabla federal de ingresos Comidas a precios rebajados A partir del 1º de julio de 2009 al 30 de junio de 2010			
Tamaño Familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$20,036	\$1,670	\$386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
Por cada miembro adicional agregue:	+6,919	+577	+134

Tabla federal de ingresos Comidas gratuitas A partir del 1º de julio de 2009 al 30 de junio de 2010			
Tamaño Familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$14,079	\$1,174	\$271
2	18,941	1,579	365
3	23,803	1,984	458
4	28,665	2,389	552
5	33,527	2,794	645
6	38,389	3,200	739
7	43,251	3,605	832
8	48,113	4,010	926
Por cada miembro adicional agregue:	+4,862	+406	+94

*SNAP: Sigla inglesa que corresponde a Programa Complementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), antiguamente conocido como Programa de Cupones de Alimentación (Food Stamp Program)

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo se utilizará la información que usted nos entregue.

La ley nacional sobre almuerzos escolares "Richard B. Russell National School Lunch Act" requiere la información de esta solicitud. No es obligación que dé la información, pero si no lo hace, no podremos brindarle comidas gratuitas o a precios rebajados a su hijo. Debe incluir el número de seguro social del miembro adulto de la familia que firme la solicitud. El número de seguro social no es necesario cuando se presenta una solicitud para un menor acogido o se especifica un número de caso del Programa Complementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families (TANF)), o del Programa de Distribución de Alimentos a Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)) u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando indique que el miembro adulto de la familia que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo califica para recibir comidas gratuitas o a precios rebajados, y para fines de administración y cumplimiento de los programas escolares de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que revelemos su información de calificación a programas educativos, de salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios fiscalizadores para ayudarlos a detectar infracciones a las reglas de los programas.

Declaración de no discriminación: Esta explica qué se debe hacer si considera que no ha recibido un trato justo.

El Departamento de Agricultura de EE.UU. (The U.S. Department of Agriculture (USDA)) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades debido a raza, color, ascendencia, edad, discapacidad, y donde corresponda, por sexo, estado civil, situación familiar o parental, religión, orientación sexual, información genética, creencias políticas, represalias, o debido a que el ingreso total o parcial de la persona proviene de algún programa de asistencia pública. (No todas las bases antedichas rigen para todos los programas.) Las personas discapacitadas que requieran medios alternativos para recibir información sobre los programas (Braille, letra grande, cinta grabada, etc.) deben comunicarse con el centro TARGET Center del USDA llamando al (202) 720-2600 (voz y TDD). Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410 o bien llame al 1-800-795-3272 (voz) o al (202) 720-6382 (TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Total Household Income \$ _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Total Household Size: _____

Categorical Eligibility: _____

Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free Reduced Denied Reason: _____

Temporary: Free Reduced Time Period: _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: _____ Date: _____