

2019–20 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

SHORELINE PUBLIC SCHOOLS

Apply online: shorelineschools.org

Complete, firme y envíe esta solicitud a la oficina de su estudiante o a la officinal de nuestra officena 2003 NE 160th Shoreline, WA 98155 (m-F 7:30am-3:30pm)

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños de crianza y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Si el estudiante es un niño de crianza, sin hogar o migrante, indíquelo marcando una "X" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "X" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Niños de crianza temporal que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o corte son elegibles para comidas gratis.

| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
|-------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|---------|-------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <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"/> |

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food TANF Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR)

Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

| Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Niño de crianza | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Ingreso | | | | Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria | Ingreso | | | | Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI) | Ingreso | | | | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Ingreso | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual | | Semanal | Cada 2 semanas | Dos veces por mes | Mensual |
| | <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"/> | <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"/> |

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) Marcar si no tiene SSN:
 (el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: INSERT FULL APPLICATION PROCESSING ADDRESS HERE

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido

Marque una o más identidades raciales: Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o isleño del pacifico Blanco

Marque una identidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

7. Otros beneficios: para calificar potencialmente para beneficios adicionales, marque el programa con el que desea compartir el estado de las comidas de su hijo y firme esta seccion.

Canastas de regalo navideños Becas (comuniquese con la consejero familiar de su escuela para mas informacion) Reducciones de tarifas

Al firmar a continuacion, permito que la informacion contenida en esta solicitud se comparta con los otros programas que he indicado.

Parent/Guardian Signature

Date

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, ([USDA Program Discrimination Complaint Form](#) - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

Las Escuelas Públicas de Shoreline ofrecen Igualdad de Oportunidades Educativas y de Empleo sin distinción de raza, credo, color, nacionalidad, sexo, discapacidad / discapacidad, orientación sexual, expresión o identidad de género, religión, edad, veterano o estado militar, uso de un perro entrenado para guía o animal de servicio por una persona con discapacidad, y proporciona el mismo acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. El Distrito cumple con todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables para incluir, entre otros, el Título IX, el Título VI de las Leyes de Derechos Civiles, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación, RCW 49.60 "La Ley contra la Discriminación" y RCW 28A .640 "Equidad sexual", y cubre, pero no se limita a, todos los programas, cursos, actividades del distrito, incluidas actividades extracurriculares, servicios, acceso a instalaciones, etc.

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: Basic Food/TANF/FDPIR/Foster Income Household

Total Household Size _____ Weekly Bi-Weekly 2x per Month Monthly Annual

Total Household Income \$ _____

APPLICATION APPROVED FOR: Free Meals Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE: Income Over Allowed Amount Other: _____ Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date