

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO MT. DIABLO

APLICACIÓN PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Año Escolar 2011-2012

COMPLETAR UNA SOLICITUD POR FAMILIA

PASO 1 INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS

Escriba claramente el nombre de **TODOS** los niños, en su hogar, **menores de 21 años**, asistan o no a la escuela. Deben de usar su nombre legal.

Si su hijo es adoptivo, marque la casilla. Llene una solicitud para cada hijo de crianza social o de un tribunal marque el cuadro y anote la cantidad del ingreso mensual del niño

FECHA DE NACIMIENTO (OPT.) M / M / D / A / A

| ID. # DEL ESTUDIANTE | APPELLIDO LEGAL DEL NIÑO | PRIMER NOMBRE LEGAL DEL NIÑO | ESCRIBA "N/A" SI NO ASISTEN A LA ESCUELA | GRADO | ANOTE EL # DE CASO PARA CADA NIÑO si reciben Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDIPIR. (Encierre en un círculo el programa que tiene). |
|----------------------|--------------------------|------------------------------|--|-------|--|
| 1 | | | | | \$ # de Caso |
| 2 | | | | | \$ # de Caso |
| 3 | | | | | \$ # de Caso |
| 4 | | | | | \$ # de Caso |
| 5 | | | | | \$ # de Caso |
| 6 | | | | | \$ # de Caso |
| 7 | | | | | \$ # de Caso |

Si anotó en el **PASO 1** un número de caso por Estampillas de Comida CalWORKs, Kin-GAP, o FDIPIR por cada niño en edad escolar, o si la aplicación es para un **HUJO DE CRIANZA** y usted anotó su ingreso mensual, vayan al **PASO 3**.

PASO 2 ADULTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: Anote a todos los adultos miembros del hogar, mayores de 21 años, tengan o no un ingreso.

Reporte todos los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones y con que frecuencia los recibe. Indique los ingresos del período de pago marcando el círculo apropiado: (S) = Semanal, (2S) = Cada dos semanas, (2M) = Dos veces al mes, (M) = Mensual

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Anote si NO recibe ingresos | | Todos los ingresos en bruto de su trabajo principal (y de todos sus trabajos antes de deducciones) | | Pensiones, Jubilación del Seguro Social o Discapacidad | | Beneficios Asistencia Social (excluyr Estampillas de hijos; Pensión Alimenticia) | | Todos los demás ingresos o ganancias | |
|---|---|---|---|---|-----------------------------|----|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | | | | | SI | NO | INGRESOS: | ¿Con qué frecuencia? | INGRESOS: | ¿Con qué frecuencia? | INGRESOS: | ¿Con qué frecuencia? | INGRESOS: | ¿Con qué frecuencia? |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) | \$ | (S) (2S) (M) |

PASO 3 Dirección, Número de Seguro Social, y Firma:

NOMBRE IMPRESO _____ # de Apt _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Número de teléfono para localizarla en el día () _____

IDENTIDAD ÉTNICA (Opcional) — Por favor, marque una o más de las identidades étnicas:
 Asiático Blanco Negro or Afro Americano Indio Americano or Nativo de Alaska Nativo de Hawaii u otras islas del Pacifico Otro Hispano o Latino No Hispano o Latino

Fecha en que se firmó: M M D D A A

Firma del adulto que completó este formulario: _____

Todas las familias: **LEAN ESTA SECCION**
 Código de Educación 49557(a): Las aplicaciones para comidas gratis o a precio reducido, pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, no se les identificará por el uso de fichas, boletos o líneas especiales, no tendrán entradas separadas, ni se les asignarán áreas separadas en el comedor.

Por favor, regrese a:
 Servicios de Alimentos (Sala 23)
 1936 Carlotta Drive, Concord, CA 94519
 (925) 682-8000, ext. 7886
 o a la cafetería u oficina de la escuela
 No podemos aceptar solicitudes por medio de Fax
 Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Firma: Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se debe proporcionar dado que se reciben Fondos Federales; también entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar la información sobre la aplicación y si la información es falsa puedo estar sujeto a ser juzgado bajo las leyes federales y estatales aplicables. (Vea el Acta Privacidad en la carta adjunta).

Últimos cuatro números de Seguro Social del adulto que firma este formulario: _____

Yo no tengo un Número de Seguro Social