

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR SU SOLICITUD

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA) O FDPIR (PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS EN RESERVACIONES INDÍGENAS), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Indique el nombre de todos los estudiantes; mencione la escuela y el grado de cada estudiante.

Parte 2: Escriba el nombre de los miembros del hogar que reciben el beneficio e indique el número de caso.

Parte 3: Omite esta parte

Parte 4: Omite esta parte

Parte 5: Marque esta casilla si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP.

Parte 6: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social NO son necesarios.

SI PRESENTA LA SOLICITUD PARA UN NIÑO MIGRANTE, SIN HOGAR O FUGITIVO, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Indique el nombre de todos los estudiantes; mencione la escuela y el grado de cada estudiante. Indique si el estudiante no tiene hogar, es inmigrante o fugitivo.

Parte 2: Omite esta parte

Parte 3: Llame a Principal de su estudiante o Noreen Flores al 719-486-6811.

Parte 4: Omite esta parte

Parte 5: Marque esta casilla si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP.

Parte 6: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social NO son necesarios.

acogida temporal" para cada niño en acogida.

Parte 2: Omite esta parte

Parte 3: Omite esta parte

Parte 4: Omite esta parte

Parte 5: Marque esta casilla si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP.

Parte 6: Firme el formulario. Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social NO son necesarios.

PARA TODOS LOS DEMÁS HOGARES, INCLUIDOS LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC Y QUE TIENEN UNO O VARIOS NIÑOS EN ACOGIDA TEMPORAL QUE VIVEN CON NIÑOS QUE NO SON DE ACOGIDA TEMPORAL, SE DEBEN SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Indique el nombre, escuela y grado de cada niño. Si el niño es un hijo en acogida temporal, marque la casilla de acogida. Para todos los estudiantes indicados, si NO HAY INGRESOS, debe marcar la casilla "Sin ingresos".

Parte 2: Omite esta parte.

Parte 3: Omite esta parte.

Parte 4: Siga estas instrucciones para indicar el ingreso total del hogar. Este ingreso puede ser del mes anterior, de este mes o sus ingresos proyectados para el mes próximo.

Columna 1, Nombre: Escriba el primer nombre y el apellido de **cada** persona que vive en su hogar, ya sean parientes o no (como abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse usted y a todos los niños que viven con usted que no se indican en la Parte 1 y los estudiantes que tienen ingresos. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2, Marque si no tiene ingresos: Si la persona no tiene ingresos, marque la casilla.

Columnas 3 a 6, Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibe: Junto al nombre de cada persona, indique el tipo de ingreso recibido y con qué frecuencia se recibió.

Ingresos laborales: ejemplo: Si le pagan \$500.00 cada dos semanas, escriba \$500.00 en el espacio correspondiente al ingreso y marque la casilla "cada dos semanas". **El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones.**

Fuentes de ingreso adicional: Anote la cantidad total que cada persona recibió de **cualquier otra fuente**. Por ejemplo: Si recibe \$500.00 cada mes para manutención de los niños, anote \$500.00 en el espacio correspondiente al ingreso y marque la casilla "mensualmente".

Otros ingresos: Indique el ingreso neto proveniente de negocios propios, fincas o renta. Junto a la cantidad, marque con qué frecuencia la persona la recibe. Si forma parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares, no es necesario incluir el subsidio para vivienda.

Parte 5: Marque esta casilla si no desea que su información se comparta con Medicaid o SCHIP.

Parte 6: Un miembro adulto de la familia **debe** firmar el formulario y proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla si no tiene uno.

INGRESOS A REPORTAR:

Ingresos laborales
Sueldos/salarios/propinas
Beneficios por huelga
Desempleo
Compensación
Compensación laboral
Ingresos netos de negocios propios o granjas

Bienestar/manutención para
niños/pensión alimenticia
Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión alimenticia
Pagos de manutención

Pensiones/jubilación/
seguro
social/SSI/beneficios de
VA
Pensiones
Seguridad suplementaria
Ingreso
Ingreso por jubilación
Beneficios para veteranos
Seguro social

Otros ingresos
Beneficios de discapacidad
Efectivo retirado de cuentas de ahorros
Intereses/dividendos
Ingresos de bienes raíces/fideicomisos/
inversiones
Contribuciones regulares de
personas que no viven en el
hogar
Regalías netas/anualidades/
ingresos netos provenientes de rentas
Cualquier otro ingreso

Solicitud de comidas escolares gratuitas o a precio reducido para 2014-2015

(Este formulario puede utilizarse únicamente si participa en los programas federales de nutrición infantil)

Apellido de la familia _____

dirección, ciudad, código postal _____

Número de teléfono _____

INSTRUCCIONES: Con la hoja de instrucciones proporcionada, complete la solicitud, coloque su firma y devuélvala a la escuela.

Parte 1. Información del estudiante. Mencione a todos los estudiantes que asisten a la escuela en el distrito; proporcione información sobre la escuela y el grado. Marque la casilla de verificación "hijo en acogida temporal" para todos los estudiantes que son responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o un tribunal. Si el estudiante NO TIENE INGRESOS, DEBE marcar la casilla "Sin ingresos". Si el estudiante tiene un ingreso, agregue al estudiante en la sección del hogar siguiente y proporcione información sobre los ingresos.					H: Sin hogar M: Inmigrante R: fugitivo		
Niño en acogida temporal	Sin ingreso	Nombre del estudiante: apellido, nombre	Escuela	Grado	H	M	R
	☐						
	☐						
	☐						
	☐						
	☐						
	☐						
	☐						

Parte 2. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) /Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR):

Proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios.
(Ingrese la información y pase a la parte 5)

Nombre: _____

Número de caso: _____

Parte 3. Otras fuentes de elegibilidad: Si alguno de los niños para los que presenta la solicitud **NO TIENE HOGAR, ES INMIGRANTE O FUGITIVO**, marque la casilla correspondiente a la izquierda y llame a Principal de su estudiante o Noreen Flores al 719-486-6811.

Parte 4. Indique todos los miembros del hogar que no se enumeran arriba Y los estudiantes que tienen ingresos.		Indique todos los ingresos brutos actuales y marque con qué frecuencia se recibieron.			
Nombre: apellido, nombre	Sin ingreso	Ganancias laborales antes de deducciones o desempleo	Bienestar, manutención para niños, pensión alimenticia	Pensiones, jubilación, seguro social, SSI, beneficios de VA	Otros
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes
	☐	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes	☐ mensual ☐ quincenal ☐ semanalmente ☐ 2 veces al mes

Parte 5. MEDICAID O PROGRAMA ESTATAL DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM, SCHIP)

La información que se proporciona en la solicitud puede compartirse con las oficinas de Medicaid o SCHIP para solicitar la inscripción de los niños en los programas anteriores. No está obligado a autorizar la divulgación de esta información; esto no afectará la elegibilidad del estudiante para recibir comidas escolares.

Su información **SE COMPARTIRÁ** a menos que marque la casilla siguiente.

☐ **NO compartan mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP.**

Parte 6. Firma y número de seguro social: (DEBE firmar un adulto)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. **Si completa la Parte 4**, el adulto que firma el formulario también debe anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla "No tengo número de seguro social". **Número de seguro social (solo los últimos 4 dígitos):** XXX - XX - _____ ☐ No tengo número de seguro social

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales con base en la información que proporciono. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (confirmar) la información. Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado legalmente. **Firme aquí:** X _____ **Fecha:** _____

*****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

Total Income: _____ Per ☐ Week, ☐ Bi-Weekly, ☐ 2x/Month, ☐ Month, ☐ Year Household size: _____ Eligibility: Free _____ Reduced: _____ Denied: _____
☐ Income ☐ Categorically Eligible App Num.: _____ Determining Official's Signature: _____ Date: _____ Withdrawn Date: _____