

# Lake County School District R-1 2017-2018 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Por favor use bolígrafo (no lápiz).

## PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Lake County School District R-1 (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	No ingresos	Fecha de nacimiento					Grado	Niño de Acogida	Head Start	Fugitivo	Sin Hogar	Inmigrante
				M	M	D	D	A						

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

## PASO 2 Si los miembros del hogar (inclúyase a sí mismo) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR anote el número de caso a

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de caso SNAP	Número de caso TANF	Número de caso FDPIR

## PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

**A. Ingresos del estudiante**  
Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

**B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)**  
Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Ingreso del estudiante	¿Con qué frecuencia?				
	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

  

Nombre de otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia?					Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?										
		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual						
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>																
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>																
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>																
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>																

Total de miembros del hogar (estudiantes y adultos)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' **SOLO si completó el Paso 3B.** **XXX-XX**

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: Leslee Torsell, Lake County High School, 1000 W. 4<sup>th</sup> St., Leadville, CO 80461

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	<b>FIRMA</b> del miembro adulto del hogar	Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta		Fecha de hoy	

## PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. Su información **SERÁ** compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación

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

**OPCIONAL** Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnia (marque una):  Hispano o latino  Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

## NEED HELP BUYING GROCERIES?

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

---

## Food Resource Hotline

**CALL US TODAY!** STATEWIDE, TOLL-FREE **855-855-4626**  
METRO DENVER **720-382-2920**

## ¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

## Línea Directa de Recursos de Comidas

**¡LLÁMENOS HOY!** LÍNEA ESTATAL **855-855-4626**  
METRO DENVER **720-382-2920**



**HUNGER FREE COLORADO**
**HungerFreeColorado.org**



**Colorado PEAK** es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

**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**

Application Type: <input type="checkbox"/> Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____ Household Income Frequency - <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> 2x/Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually  <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility - <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway/Head Start	Application Status: Approved - <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced  Denied - <input type="checkbox"/> Over Income Guidelines <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing: _____  Notes: _____
---	---

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: