

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar que son infantes y estudiantes hasta el Grado 12

Identificación del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (opcional)	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Escuela	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start
					Y	N		<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? **Circule uno:** Sí / No

Si respondió **NO** > Complete el PASO 3. Si respondió **SI** > Escribe un Número de Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG) luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De EDG:

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "SI" al PASO 2)

Por favor, lea **Cómo Solicitar Comidas Escolares Gratis Precio Reducido** para más información. Las "fuentes de ingresos para los niños" sección le ayudarán con la cuestión de Ingresos del niño. Las "fuentes de ingresos para adultos" sección le ayudarán con la sección de los miembros del hogar Todo adulto.

Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual

Una lista de todos los miembros del hogar que no aparecen en el Paso 1 (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Adultos (Nombre y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?			
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

Total de miembros en el hogar

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que lleno este formulario

Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

Por favor, marque una de las siguientes Casillas.

La información anterior es verdadera y correcta de acurado a mis conocimientos.

Elegí no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de la escuela de los fondos federales y clasificación de responsabilidad puede verse afectado por mi elección.

