[2012-2013 CALIFORNIA SCHOOL FOR THE DEAF, RIVERSIDE]

******USE TINTA NEGRA Y ESCRIBA CON LETRA CLARA Y DENTRO DE LOS CUADROS******

Solicitud para alimentos gratis o a precios reducidos
(Complete UN formulario por hogar)

SECCION A. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE: **Todos los hogares completan esta sección. Indique el ingreso personal (antes de impuestos) de todos los menores en el hogar, la cantidad y cada cuando lo recibe. Indique al circular uno de estos códigos: W**=Semanal, **E**=Cada 2 semanas, **T**=Dos veces al mes, **M**=Mensual, **Y**=Anual.

Identidad Racial y Étnica (opcional) 1. Marque un tipo de identidad étnica: N=No de descendencia hispana o de origen latino **H**=De descendencia hispana o de origen latino **2. Marque una o más de las siguientes identidades raciales: (Sin importar el grupo étcino) A=Asiático, W=De raza blanca, B=Negro o afro-americano, I=Indio nativo de América o nativo de Alaska, P=Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico**

APELLIDO, PRIMER NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA (escriba "nada" si no asiste a la escuela)	Grado	Fecha de nacimiento (Opcional)	Identidad Racial y Étnica: (opcional) Marque una identidad Étnica	Marque una o mas identidades raciales	Marque "X" si es niño de crianza	Marque "X" si no recibe ingresos	Ingreso personal del niño	Tipo de ingreso (trabajo)?	Indique cada cuando	Indique el tipo de beneficio: CalFresh, CalWORKS, Kin-GAP, FDPIR	INCLUYA un número de caso
①				N o H	A W B I P	❑	❑	$		W E T M Y		
②				N o H	A W B I P	❑	❑	$		W E T M Y		
③				N o H	A W B I P	❑	❑	$		W E T M Y		
④				N o H	A W B I P	❑	❑	$		W E T M Y		
⑤				N o H	A W B I P	❑	❑	$		W E T M Y		

Para solicitar beneficios a jovenes desamparados H, emigrantes M o que huyeron de su hogar R, comuníquese con la escuela y CIRCULE la letra apropiada: H M R

Hogares que presentan una solicitud con un número de caso para CalFresh/CalWORKSs para CADA niño o adulto miembro de la familia, por favor salte hasta la seccion C y complete esa porción.

Un menor de edad quien se encuentre bajo la tutela legal y responsabilidad del estado por la corte, es elegible para recibir alimentos gratuitos. Esta eligibilidad no es ampleada hacia otros menores en el mismo hogar quienes no son hijos de crianza .

EL RESTO DE LOS MIEMBROS EN SU HOGAR: **Al usar los siguientes códigos de ingreso; indique los distintos tipos de ingreso antes de impuestos que reciben todos los miembros de su hogar y "Cada Cuando" lo reciben. Códigos de ingreso: W**=Semanal, **E**=Cada 2 semanas, **T**=Dos veces al mes, **M**=Mensual, **Y**=Anual. **Si NO recibe ingresos, usted DEBERA marcar la casilla "Ningun Ingreso" NO LO DEJE EN BLANCO.**

Nombre Completo del Adulto (No incluya nombres mencionados en la sección A)	Si NO tiene ingresos, marque con una "X"	Incluya todos sus ingresos antes de impuestos de todos sus empleos.	¿Cada cuando?	Ingresos de: Pención, Jubilación, Seguro Social, Beneficios de Veteranos	¿Fuente de ingresos?	¿Cada Cuando?	Beneficios de Welfare, Manutención de menores, Pención	¿Fuente de ingresos?	¿Cada Cuando?	Algún otro tipo de ingreso incluyendo temporal	¿Fuente de ingresos?	¿Cada Cuando?	Tipo de beneficio: CalFresh, CalWORKS, Kin-GAP, FDPIR	Número de Caso de Beneficios
	❑	$		$			$			$				
①	❑	$		$			$			$				
②	❑	$		$			$			$				
③	❑	$		$			$			$				
④	❑	$		$			$			$				
⑤	❑	$		$			$			$				

SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIÓN Y FIRMA: **El Código educativo 49557(a): Solicitudes de alimentos gratuitos o a precios reducidos se pueden presentar en cualquier momento durante el año escolar. Estudiantes quienes participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán individualizados abiertamente por el uso de fichas especiales, fillas por separado para recibir alimentos, puertas de acceso diferentes, areas de servico separadas o de cualquier otro modo.** Yo certifico (prometo)que la información que proporcioné es cierta y correcta y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que brindo esta información con el fin de recibir fondos Federales, que los funcionarios escolares pueden verificar la información contenida en este formulario y que la falsificación deliberada de datos me exponen a un acto criminal penado por las Leyes Federales y Estatales pertinentes.

Imprima el nombre del adulto quien llena esta solicitud _____

Firma del adulto quien llena esta solicitud X _____

Fecha _____

Los últimos 4 dígitos de su Seguro Social (SSN) ____ ____ ____ ____ ❒ no tengo un SSN.

Declaración de Información Federal en la carta enviada a los hogares

Domicilio Calle, # de apartamento, etc. **Ciudad** **Estado** **Código Postal** **Número de tel. en casa** **Número de celular** **Correo Electrónico**

NO Escriba Debajo De Esta Línea - Para Uso Oficial Solamente:

Application Approved: **HSLD Size:** _____ **HSLD Annual Income: $**

Determining Official's Signature & Date _____

Confirming Official's Signature & Date _____

Verification Official's Signature & Date _____ _____

❑ **Free based on:**
- ❑ CalFRESH
- ❑ CalWORKS
- ❑ KinGap
- ❑ FDPIR
- ❑ Direct Certification
- ❑ Direct Certifed as: H M R
- ❑ Household Income
- ❑ Zero Income
- ❑ Foster Child Only

❑ **Denied based on:**
- ❑ Income Too High
- ❑ Incomplete

❑ **Reduced based on:**
- ❑ Household Income

Annual Income Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice A Month X 24, Monthly X 12

The USDA and the CDE are equal opportunity providers and employers

eligappIndscpe_2012