

(Place School District Name here)

# SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN EL AÑO 05/06

Por favor llene, firme, y regrese esta solicitud a la escuela. Si necesita más ayuda con esta solicitud, refiérase a la Carta A Los Padres atada a esta forma.

**SECCIÓN A.** Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **SECCIÓN A.** Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).

1. Escriba los nombres de los niños que reciben Estampillas para Comida, beneficios de CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA	GRADO

2. Escriba el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

ESTAMPILLAS	PARA COMIDA	CALWORKS	KIN-GAP	FDPIR

3. Siga con la Sección B si no recibe Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para cada niño en su hogar. Si no, firme la solicitud en la Sección C.

**SECCIÓN B.** Para los demás hogares. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

1. Es esta solicitud para un niño adoptivo (foster)? Si No, Si la respuesta es sí, escriba para cada niño adoptivo (foster) el nombre del niño y la cantidad del "ingreso personal" que el niño recibe cada mes:

Nombre \_\_\_\_\_ Ingreso \$ \_\_\_\_\_

2. Escriba los nombres de los niños en su hogar que están en la escuela y que no reciben Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	ESCUELA	GRADO

3. Escriba los nombres de los niños en su hogar que no están en la escuela:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE

**SECCIÓN C.** Todos los hogares haciendo solicitud lean esto y firmen abajo. Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual normal. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR. Firme la solicitud en la sección C.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, O AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE TOTAL MONTHLY INCOME

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - FOR SCHOOL USE ONLY				Year/Track
HOUSEHOLD SIZE		HOUSEHOLD INCOME		2 <sup>nd</sup> Review
Free	Reduced Price	Denied	Direct Certified as:	H M F EP CI
Temporary Free Until: (45 calendar days from date of determination)				
Determining Official	Date	Verification Official	Date	

**Sección 49557(a) del Código de Educación de California:** Usted puede someter una solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser entregada en cualquier momento durante el día escolar. A los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA FORMA	ESCRIBA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#) AQUÍ, O ESCRIBA «NONE» SI USTED NO TIENE UNO
(ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION)	FECHA
Nombre	DOMICILIO
CIUDAD	CODIGO POSTAL
TELEFONO DEL HOGAR	California TELEFONO DEL TRABAJO
TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NIÑOS DEL HOGAR	
<b>SECCIÓN D. Identidades Étnicas Y Raciales de Niños (Opcional)</b>	
1. Apunté uno o mas identidades raciales:	
<input type="checkbox"/> Indígena Americanos o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano
<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacíficos	<input type="checkbox"/> Blanco
2. Apunté un identidad étnico:	
<input type="checkbox"/> De origen Latino o Hispánico	<input type="checkbox"/> No de origen Latino o Hispánico

**APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS  
OR FREE MILK FOR 05-06**

Please complete the application on the reverse side, sign the application, and return it to your child's school. For additional instructions, refer to the *Letter to Households* that is attached to this form. This application cannot be processed without the following information:

- The name of the child or children for whom you are applying for free or reduced-price benefits
- The names and income of all other household members
- The signature of the child's or children's parent or guardian
- The Social Security number of the person who signed the application. If the person signing the application does not have a social security number, write "none" in the space provided.

**ALL HOUSEHOLDS: READ THIS SECTION**

**California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.**

**Privacy Act Statement: National School Lunch Act (Section 9) requires that, unless your child's Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR case number is provided, you must include the social security number of the adult household member signing the application or indicate that the household member signing the application does not have a social security number. Provision of a social security number is not mandatory, but the application cannot be approved if a social security number is not provided or an indication is not made that the signer does not have such a number. The social security number may be used to identify the household member in carrying out efforts to verify correct information provided on the application. These verification efforts may be carried out through program reviews, audits, and investigations; and may include contacting employers to determine income, contacting the State's Employment Development Department or local welfare offices to determine the amount of benefits received, and checking the documentation produced by household members to prove the amount of income received. Reporting incorrect information may result in loss or reduction of the household's program benefits, or in administrative claims and/or legal actions against household members.**

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability.

To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.