

Marque aquí si usted recibió beneficios de comida el año pasado.

UNION GAP SCHOOL

2011-2012 APLICACIÓN PARA EL HOGAR PARA LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Complete, firme y regrese esta aplicación al maestro/a o a la oficina principal de su niño/a.

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted que están atendiendo la escuela. Si el estudiante es un niño/a temporalmente adoptado, indique esto poniendo una "x" en la caja apropiada. Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y marque una "x" en la caja correcta para cuantas veces se recibe. Si usted ha escrito un número de caso para cualquiera de sus hijos, proceda a la **sección 4**. Sin embargo, si usted ha escrito un número de caso solamente para el niño/a temporalmente adoptado y quiere solicitar para todos los estudiantes en el hogar, usted debe proceder a la **sección 2**.

Si cualquier niño/a por el que usted esté solicitando esta sin hogar, es migratorio, o se ha fugado de casa, marque la caja apropiada y llame su escuela.

Sin Hogar Migratorio Fugado de Casa

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	IM	Nino/a Temporalmente Adoptado	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del Estudiante	Semanal	Cada dos semanas	Veces al mes	Mensual	Ningún Ingreso	¿El estudiante recibe Basic Food, TANF o FDIPIR? Si Sí, usted debe enumerar el número del caso
							\$						<input type="checkbox"/> Si-# del Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Si-# del Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Si-# del Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Si-# del Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Si-# del Caso _____

2. Enumere los nombres del resto de los miembros del hogar –Entre el ingreso y MARQUE cuantas veces se recibe. Si usted escribe un número de caso para otro miembro del hogar, proceda a la sección 4. Sin embargo, si el número del caso es solamente para el niño/a temporalmente adoptado usted debe proceder a la Sección 3

Nombres del resto de los miembros del hogar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados arriba)	Nino/a Temporalmente Adoptado	Ningún Ingreso	Ganancias del Trabajo (antes de cualesquiera deducciones)				Manutención de Menor, Pensión Alimenticia				Pensiones, Retiro, Seguro Social (SS)				Cualquier Otro Ingreso No Enumerado				¿El estudiante recibe Basic Food, TANF o FDIPIR? Si Sí, usted debe enumerar el número del caso	
			Semanal	Cada dos semanas	Veces al mes	Mensual	Semanal	Cada dos semanas	Veces al mes	Mensual	Semanal	Cada dos semanas	Veces al mes	Mensual	Semanal	Cada dos semanas	Veces al mes	Mensual		
			\$				\$				\$				\$					
			\$				\$				\$				\$					
			\$				\$				\$				\$					
			\$				\$				\$				\$					
			\$				\$				\$				\$					

3. Miembros totales del hogar (incluya toda la gente que vive en su hogar): _____

4. Firma y Número de Seguro Social- Yo certifico que toda la información antedicha es verdad y correcta y que todo el ingreso está divulgado y/o el Basic Food o TANF/FDIPIR numero de caso está divulgado correctamente. Entiendo que esta información se está dando para el recibo de Fondos Federales; que los funcionarios de la escuela pueden verificar que la información en la aplicación y que mala representación deliberada de la información pueda sujetarme al procesamiento bajo leyes estatales y federales.

Firma del Miembro Adulto del Hogar

Dirección de Envío

Calle

Ciudad y Código Postal

Teléfono Hogar

Teléfono Trabajo/Celular

Últimos 4 Dígitos de su número de Seguro Social: _____
O, si usted no tiene un número de Seguro Social, marque la caja:

Firma del Miembro Adulto del Hogar

Fecha

Correo Electrónico

5. Identificación Racia/Étnica: La Identificación de los Niños es Voluntaria

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska
 Blanco Hawaiano Nativo o de Otras Islas del Pacífico
 Negro, o Afroamericano Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
 Not Hispano o Latino

Declaración del Acto de Privacidad: Esto explica cómo utilizaremos la información que usted nos da. El Acto Nacional del Almuerzo de Escuela de Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si usted no lo hace, no podemos aprobar a su niño/a para las comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firmo la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren cuando usted aplica a nombre de un niño/a temporalmente adoptado o usted enumera un Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (Basic Food), la Ayuda Temporal para las Familias Necesitadas (TANF) o número de caso del Programa de la Distribución de los Alimentos de las Reservas Indias (FDPIR) o otro identificador de FDPIR para su niño/a o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene un número de Seguro Social. Utilizaremos su información para determinar si su niño/a es elegible para las comidas gratis o precio reducido, y para la administración y la aplicación de los programas del almuerzo y del desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de la educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o para determinar los beneficios para sus programas, los interventores para las revisiones de programa, y a los agentes policiales para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

UNICAMENTE PARA USO ESCOLAR-NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LÍNEA

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12. DO NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies.

LEA APPROVAL DENIAL

- Basic Food/TANF/FDPIR Household
 Income Household
 Foster Child (categorically free)

Total Household Size _____

Total Household Income \$ _____

Income Approved by (check one): weekly every two weeks twice a month monthly annual

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
 Reduced-Price Meals

TEMPORARY APPROVAL FOR:

- Free Meals Reduced-Price

APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount
 Incomplete/Missing Information
 Other: _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date