

Aplicar en línea en www.lunchapplication.com
Distrito Escolar Unificado de Banning
Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precios Reducidos o para Leche Gratis para el Año Escolar 2017 – 2018
UN SOLICITUD POR HOGAR

FOR SCHOOL USE ONLY – ELIGIBILITY DETERMINATION					
HSHLD SIZE:		ANNUAL INCOME: \$		Direct Certified as: H M R	
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Free with FS CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits					
Determining Official		Date		2nd Review Date	
				Verification Follow-Up Date	
Annual Income Conversion: Multiply weekly x 52; Every two weeks x 26; twice monthly x 24; Monthly x 12. Do not round result. Compare this result to the income eligibility guidelines.					

SECCION A. ESTUDIANTE (S) DEL DISTRITO DE BANNING: Todos los hogares completan esta sección:

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Escuela/ Grado en el 2017-2018	Escriba el ingreso bruto mensual del uso personal del Niño (Si aplica)	Escribe el tipo de ayuda (beneficio) y el número del caso: ♦ CalFresh ♦ CalWORKs ♦ Kin-GAP ♦ FDPIR No es el número de tarjeta EBT	Niño Foster
1				\$		S N
2				\$		S N
3				\$		S N
4				\$		S N
5				\$		S N

Si usted puso un número de caso de CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para un niño en la Sección A, salte la Sección B y complete la Sección C.

- Si el niño para el cual está solicitando no tiene un hogar/o sus padres son trabajadores migrantes/o si es un niño quien ha dejado su hogar, marque el apropiado y llame a la escuela distrito:

Sin Hogar Migrante Dejo su hogar

SECCIÓN B. LISTAR TODO LOS OTROS MIEMBROS EN EL HOGAR Y SUS INGRESOS BRUTOS SI EN SU CASO:

Anote **TODOS LOS OTROS** miembros en el hogar, incluyendo los niños que no están en la escuela, tengan o no tengan ingresos. Para los miembros adultos en el hogar con ingresos, indique la cantidad y el proveedor de dichos ingresos. Anote cualquier ingreso que se recibe de empleo de tiempo completo o tiempo parcial, SSI, o pagos de asistencia de adopción. Si el ingreso es más alto o bajo de lo normal, ponga la cantidad que normalmente recibe.

Nombre completo del INDIVIDUAL No repita los nombres mencionados arriba	Marque si no tiene ingreso	Total de Ingresos del trabajo antes de las deducciones, Incluya todos sus empleadores	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de Welfare, Manutención de hijos, Pagos de pensión	Cualquier otro Ingreso	For School Use Only
Ingresos -Usted nos debe decir la cantidad y cada cuando la recibe.						
(Ejemplo) Sanchez, Irma	<input type="checkbox"/>	\$2,000.00/mensual	\$	\$	\$	
1	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	
2	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	
3	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	
4	<input type="checkbox"/>	\$	\$	\$	\$	

← **ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA (Sección A + Sección B)**

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: Las solicitudes para comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviadas en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen 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.

Declaración del uso de información: "El Richard B. Russell del Programa Nacional de Alimentos Escolares requiere su información en esta solicitud. Usted no está obligado dar esta información, pero si no lo hace, la solicitud no puede ser aprobada para su hijo/a para recibir comidas gratis o precios reducidos. Usted debe incluir los 4 últimos dígitos del número del seguro social del miembro adulto del hogar a quien firme esta solicitud. El número de seguro social no es obligado si usted está solicitando para un niño foster o si usted está recibiendo del Programa Complementario de Asistencia Alimentaria (SNAP), Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) u en el Programa de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) el número de caso para su niño u otro identificador FDPIR o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar firmando la solicitud no tiene número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo/a u niño es elegible para recibir comidas gratis o precios reducidos, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de la educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, dar fondos, o determinar beneficios, auditores para revisar programas, y oficiales de ejecución de la ley para ayudarles mirar las violaciones de las normas del programa.

SECCIÓN C. Un adulto que es miembro del hogar debe de leer y firmar esta solicitud.

Yo certifico (prometo) que toda la información de arriba es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Yo 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 del adulto completando esta forma		Fecha	Número de Teléfono
IMPRIMA el nombre del adulto completando esta forma		Los últimos 4 dígitos del seguro social ____ <input type="checkbox"/> Yo no tengo seguro social.	
Domicilio de envío/PO Box		Ciudad	Código Postal

SECCIÓN D. IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional):

1. Apunte uno o más identidades raciales (a pesar de étnica): Asiático Blanco Indígena Americano o Nativo de Alaska Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico
2. Apunte una identidad étnica: Hispano/Latino No Hispano o Latino