

**PASO 1** Lista de todos los miembros de la familia que son los bebés, niños, y estudiantes de grado 12 (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro de la familia: "Cualquier persona que vive con usted y comparte los ingresos y gastos, aunque no esté relacionado."  
Niños en cuidado de crianza, Head Start o KinGap y los niños que cumplen con la definición de niños sin hogar, emigrantes o Runaway son elegibles para comidas gratis. Lea cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido para más información.

Nombre del niño	I	Apellido del niño	Numero de ID del niño	¿Es Estudiante? Yes No	Hijo/a Adoptiva	Sin Hogar, emigrante, Niño fugitivo.	Nombre de Escuela/Grado
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**PASO 2** ¿Participa algún miembro de la familia (incluyéndolo usted) en uno o más de los programas siguientes de ayuda: CalWORKS, CalFresh, SNAP, TANF, OR FDIPIR?

Si contestó NO > Debe completar PASO 3      Si contestó SÍ > Escriba un número de caso aquí, y continuar al Paso 4 (no necesita completar el Paso 3)      Numero de Caso

**PASO 3** Ingresos de todos los miembros del hogar (Referirse a las instrucciones a la izquierda con respecto a ingresos) (Omita este paso si usted respondió 'Si' al paso 2)

**Instrucciones Con Respecto a Ingresos**  
Ingresos de su hijo es el dinero recibido de fuera de su casa que se paga directamente a su hijo.  
**Ingreso adultos:** Si se paga quincenalmente, por favor, indique la cantidad que gana quincenal (no mensual). Si se paga dos veces al mes, indique la cantidad que gana dos veces al mes (no mensual). Por favor, indique el número de miembros del hogar de paso 1 y 3.

**A. Ingreso de niño** A veces los niños en la casa ganan ingresos. Por favor incluya el TOTAL de ingresos obtenido por todos los miembros de la casa lista en el paso 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyendo usted mismo)** Lista de todos los miembros adultos del hogar que no aparecen en el paso 1 (incluyendo usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista, si reciben ingresos, el ingreso total (antes de deducciones) informe para cada fuente en toda dólares solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escribe '0'. Si escribe '0' o deja en blanco los campos, está certificando (promesa) que no hay ningún ingresos.

Ingresos de Niño	¿Con qué frecuencia?			
	Semena	Bisemena	Bimensual	Mensual
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

  

Nombres de los familiares adultos (nombre y apellido)	Antes de deducciones Los Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia Pública/ Manutención de Menores /Pensión Alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/Retiro Todos los otros ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semena	Bisemena	Bimensual	Mensual		Semena	Bisemena	Bimensual	Mensual		Semena	Bisemena	Bimensual	Mensual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Últimos 4 dígitos del número de seguro social(SSN) del asalariado principal u otro miembro adult del hogar          Marque aquí si no hay SSN →

**PASO 4** Información de Contacto y Firma del Adulto-Enviar esta solicitud a SMMUSD-Servicios de Alimentos y Nutricion-1651 Sixteenth Street, Santa Monica, CA 90404

"Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se proporciona en relación al recibo de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Estoy consciente que si proporciono información falsa deliberadamente, mis niños podrían perder los beneficios alimenticios y yo podría ser sancionado bajo las leyes estatales y federales."

Domocilio      Apt #      Ciudad      Estado      Codigo Postal      Telefono de día y Correo Electronico (optional)      Nombre impreso del adulto completando la forma      Firma del adulto completando la forma      Fecha de hoy

**OPTATIVO** Identidad étnica y racial de los niños

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y etnicidad de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que estamos completamente sirviendo a nuestra comunidad. El responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para los alimentos gratis o a precio reducido.

**Etnicidad(marque uno):**  Hispano or Latino  No Hispano or Latino      **La Raza (marque uno o más):**  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alsaka  Negro o Afro- Americano  Hawaiano o otra Isla del Pacifico  Blanco

**ESTE SECCION PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE**

<b>Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3)</b> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Total Household Income</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	How often? <input type="radio"/> Weekly <input type="radio"/> Bi-Weekly <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly				<b>Approved as:</b> <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Free- CalFresh/CalWorks/SNAP/TANF/FDIPIR <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied - Income to High/Application Incomplete	<b>Application #</b> <input type="text"/>	<b>Verified as:</b> <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Kin-GAP <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Zero Inc.	<input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Error Prone
		<b>Annual Income Conversion</b> Weekly x52   Bi-Weekly x26   Twice Per Month x24   Monthly x12							
<b>Determining Official</b>	<b>Date</b>	<b>Confirming Official</b>	<b>Date</b>	<b>Verifying Official</b>	<b>Date</b>				