

DISTRITO ESCOLAR DE SANTA MONICA- MALIBU Solicitud para Comidas gratis o a precio reducido Para el Año Escolar 2020-21

Departamento de Educación de California Código de Sección 49557(a): Solicitudes para comidas gratis o reducidas pueden ser entregadas en cualquier momento durante el año escolar.

Los niños que participan en el programa federal nacional de almuerzos escolares no serán identificados abiertamente por el uso de monedas, boletos, o líneas especiales, o separación de entradas o comedores, o de ninguna otra forma.

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

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y UTILICE PLUMA. COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR.

Niños en cuidado de crianza, los niños que cumplen con la definición de niños sin hogar, emigrantes o fugitivos 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 FDPIR?

Si contestó NO > Debe completar PASO 3

Si contestó SÍ > Escriba el número de caso aquí, y continúe al Paso 4 (no necesita completar el Paso 3)

Numero de Caso
Escribe solamente el número de un caso aquí

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 brutos 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 dólares solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escribe '0'. Si escribe '0' o deja en blanco, está certificando (promte) que no hay ningún ingreso.

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?					
		Semanal	Bisemanal	Bimensual	Mensual		Semanal	Bisemanal	Bimensual	Mensual		Semanal	Bisemanal	Bimensual	Mensual		
\$	<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="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="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="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="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="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 adulto 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 Nutrición-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."

Domicilio Apt# Ciudad Estado Código Postal Telefono de día y Correo Electronico (optional) Nombre impreso del adulto completando la forma Firma del adulto completando la forma cha

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 a confirmar que estamos 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 o Latino No Hispano o **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

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) <input type="text"/>	Total Household Income <input type="text"/>	How often? Weekly <input type="radio"/> Bi-Weekly <input type="radio"/> 2x Month <input type="radio"/> Monthly <input type="radio"/>	Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Free- CalFresh/CalWorks/SNAP/TANF/FDPIR <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied - Income to High/Application Incomplete	Application # <input type="text"/>	Verified as: <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
Determining Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Confirming Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Verifying Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	<input type="text"/>