Encinitas Union School District

2017 - 2018 Solicitud de Comidas Gratis o a Precio Reducido - Completar una solicitud por hogar.

Por favor, imprimir y utilizar una pluma (no un lápiz). También puede solicitar en línea en **https://schoolmealapp.com**. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

PASO 1 — Todos los Niños en el Hogar

Nombre de Escuela	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Grado	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR? **Circule uno**: Sí / No

Número De Caso:

Si respondió NO > Complete el PASO 3. **Si respondió SI** > Escribe un número de caso luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: **W** = Semanal, **E** = Cada Dos Semanas, **T** = Dos Veces al Mes, **M** = Mensual											
	Ganancias del Trabajo	Frecuencia? W	E	T	M	Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia? W	E	T	M	Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia? W E T M

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)

Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar *** - ** -

Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables ".

***Educación Sección del Código* de California 49557 (a): "Las solicitudes para comidas gratis y de precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio ".**

Imprima nombre del adulto llenando este formulario

Firma del adulto que lleno este formulario

Fecha de Hoy

Dirección (si está disponible)

Ciudad

Estado C A

Código Postal

Teléfono De Casa

Teléfono Del Trabajo

Correo Electrónico

OPCIONAL — Identidad Étnica y Racial de los Niños

Etnicidad (marque uno):

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Raza (marque uno o más):

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Asiático
- Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico
- Blanco

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES PARA USO DE LA ESCUELA.

Multiple income preferences must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provide by the household income.

If converting income to annual, round only the final number. Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24, Monthly x 12

Household Size: _____ Categorical _____ Date Received: _____ Date Withdrawn: _____

Total Income: _____ Per ___ Week ___ Every 2 weeks ___ Monthly ___ Annually

Eligibility: Free ___ Reduced ___ Denied ___ Reason: _____

Reviewing Official's Signature: x_____ Date: _____

Confirming Official's Signature: x_____ Date: _____

Follow-up Official's Signature: x_____ Date: _____