Año escolar 2019-2020 DISTRITO ESCOLAR EVERGREEN Solicitud de alimentación gratis y con descuento Complete una solicitud por grupo familiar. Departamento de Educación de California, mayo de 2016.

Lea las instrucciones incluidas con la solicitud sobre cómo postular. Use letra de imprenta y un bolígrafo. También puede realizar la solicitud a través de Internet en **http://evergreen.schoollunchapp.com**. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del *Código de Educación* de California: "Las solicitudes de alimentación gratis y con descuento se pueden entregar en cualquier momento durante el día de clases. Los niños que participan del Programa Escolar Nacional Federal de Almuerzo no serán identificados a través de fichas, boletos especiales, filas especiales, entadas separadas, comedores separados ni de ninguna otra forma."

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Definición de **miembro del grupo familiar**: cualquier persona que vive con usted y comparte los ingresos y gastos, aunque no sean parientes.

Los niños en **crianza temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar**, **emigrantes** o **que huyeron de casa** califican para recibir alimentación gratis. Adjunte otra hoja de papel para los nombres adicionales.

Ingrese el nombre de **CADA ESTUDIANTE** que asistirá a la escuela (Nombre, segundo nombre, apellido)	Ingrese **la ESCUELA del estudiante**	Ingrese **la fecha de nacimiento del estudiante**	Marque la casilla correspondiente si el estudiante está en **crianza temporal**, **no tiene hogar**, **es emigrante** o **huyó de casa**				**Nº de id. del estudiante**
EJEMPLO: Joseph P. Adams	**Escuela Primaria Lincoln**	**12-15-2010**	En crianza temporal	Sin hogar	Emigrante	Huyó de casa	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	

PASO 2: PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR.

¿Hay ALGÚN miembro del grupo familiar (incluido usted) que participe actualmente en uno de los siguientes programas de ayuda? **Si la respuesta es "NO"**, omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si la respuesta es "Sí", no complete el PASO 3. Marque la casilla del programa correspondiente, ingrese un número de caso y luego complete el PASO 4.	**Seleccione el tipo de programa:** ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**	**Ingrese el número del caso:**

PASO 3: INFORME LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (omita este paso si respondió "sí" en el PASO 2).

A. INGRESO DEL ESTUDIANTE: A veces los estudiantes del grupo familiar reciben ingresos. Incluya aquí el ingreso **TOTAL** que reciben todos los estudiantes que se indican en el PASO 1. Informe el ingreso total en dólares completos antes de aplicar impuestos y descuentos. Ingrese el periodo de pago correspondiente. W = semanal, 2W = cada dos semanas, 2M = dos veces al mes, M = mensual, Y = anual.	Ingreso total de los estudiantes	**Frecuencia**
	$	

B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR (incluido usted): Indique a **TODOS** los miembros del grupo familiar que no indicó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Informe el ingreso **TOTAL** de cada fuente de todos los miembros del grupo familiar, solo en dólares completos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si indica "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos que informar. Informe todos los ingresos antes de aplicar impuestos y descuentos.
Ingrese el periodo de pago correspondiente en la columna "frecuencia": W = semanal, 2W = cada dos semanas, 2M = dos veces al mes, M = mensual, Y = anual.

Ingrese el nombre de **TODOS LOS OTROS** miembros del grupo familiar (nombre y apellido)	Remuneraciones de trabajo	**Frecuencia**	Ayuda pública/SSI/ manutención/pensión alimenticia	**Frecuencia**	Pensiones/jubilación/ todos los otros ingresos	**Frecuencia**
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

Total de los miembros del grupo familiar (Niños y adultos)	**Ingrese los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social (SSN) de quién recibe los ingresos principales o de otro miembro adulto del grupo familiar.**	**Marque la casilla si NO tiene SSN** ☐

DO NOT COMPLETE, OFFICE USE ONLY

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly		Total Household Income	
Total Household Size	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)	☐ Categorical	
	Verified as: ☐ Foster ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway	☐ Error Prone	
Determining Official's Signature:		**Date:**	
Confirming Official's Signature:		**Date:**	
Verifying Official's Signature:		**Date:**	

PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Declaración: "Declaro (prometo) que toda la información indicada en esta solicitud es verdadera y correcta, y que he informado todos los ingresos. Entiendo que esta información se entrega en relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Sé que, si entrego información falsa, mis niños pueden perder los beneficios de alimentación y puedo ser enjuiciado/a según las leyes estatales y federales correspondientes".

Firma del adulto que completa este formulario:		
Nombre escrito:		
Fecha de hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		

OPCIONAL: IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS

Tenemos la obligación de pedir la información sobre la raza y la etnia de sus niños. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que servimos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir alimentación gratis o con descuento.

Etnia (marque una opción):

☐ Es hispano o latino ☐ No es hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones):

☐ Amerindio o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ☐ Caucásico