

**2018-19 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO**

Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado:

Sin hogar     Migrante

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Los niños acogidos en familias y niños que satisfacen la definición de sin hogar, o migrante son elegibles para comidas gratis. Lea cómo aplicar para Comidas Escolares Gratis o a precio reducido para más información. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero corrector para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso.

| Apellido del estudiante | Primer nombre del estudiante | Segundo nombre | Niño de crianza          | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado | Ingreso del estudiante | Semanal                  | Cada 2                   | Dos veces por mes        | Mensual                  |
|-------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------|---------|-------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         |                              |                | <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"/> |

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

Basic Food     TANF     Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indígenas (FDPIR)

Numero de caso: \_\_\_\_\_

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

| Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba) | Niño de crianza          | Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción) | Ingresos                 |                          |                          |                          | Asistencia pública/Manutención de menores/Pensión alimentaria | Ingresos                 |                          |                          |                          | Pensiones/Jubilaciones/Seguridad Social (SSI) | Ingresos                 |                          |                          |                          | Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario | Ingresos                 |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |  | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |   | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |   | Semanal                  | Cada 2 semanas           | Dos veces por mes        | Mensual                  |  |                          |                          |                          |                          |
|  | <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"/> | \$   | <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"/> | \$  | <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"/> |

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):  Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)  Marcar si no tiene SSN:
- (el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a:

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar

Firma del miembro adulto del grupo familiar

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad, Estado, & Código postal

Teléfono durante el día

Fecha

