

SOLICITUD DE LA FAMILIA PARA ALIMENTO ESCOLAR GRATUITO O A PRECIO REDUCIDO DEL DISTRITO ESCOLA UNIFICADO DE GILBERT PARA EL AÑO ESCOLAR 2009-2010

Estudiante Neuvo

Volver a Solicitar

Error Prone / Selected for Verification

Parte 1: Escriba los nombres de todos los niños que estén asistiendo a Escuelas de Gilbert.
Use una solicitud aparte para cada niño(a) que pertenece al programa "Foster Child".

Parte 2: ¿Recibe su niño(a) "El numero de caso de coupons para alimentos" SNAP*/TANF/ FDPIR (Los números de Seguro Access no aplican)? Si la respuesta es "SÍ," usted debe escribir el Número de Caso (6 a 8 números / ningunas letras) por favor escribalo aquí allá cada estudiante y después pasar la Parte 6

No. de Identification	Nombre legal de Niño(a): Nombre, Inicial (si tiene), y Apellido	Escuela	Grado	
				1. _____
				2. _____
				3. _____
				4. _____
				5. _____
				6. _____

Parte 3: Si el niño para el que usted solicita es un niño sin Hogar, Familia Migratoria, o que ha Abandonó su Hogar, marque el bloque apropiado y llame a **Deann Royster (480) -854-1545** Sin Hogar Familia Migratoria Abandono sú Hogar

Parte 4: Hijo de Crianza al programa de "Foster Child" Si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o una corte, marquee este bloque
Luego anote la cantidad de ingreso personal que recibe el niño(a) mensualmente : \$ _____ Vaya a la Parte 6.

Part 5: Ingreso Familiar Total Bruto (antes de las deducciones de impuestos). Usted debe informar CUANTO y CON QUÉ FRECUENCIA. 1. Nombre Escriba los nombres de todas las personas que residen en su casa, incluyendo a los niños de la lista de la Parte 1.	2. INGRESO BRUTO (antes de las deducciones de los impuestos) y CON QUÉ FRECUENCIA se recibe el ingreso Ejemplo: \$50.00 Mensualmente \$100.00 Dos Veces al Mes \$100.00 Cada Dos Semanas \$100.00 Semanalmente								3. TEINE que Marcar si <u>NO EXISTE INGRESO</u> para todos listó.
	Ingreso del Trabajo Antes de Deducciones		Ayuda Financiera ("Welfare"), Pensión por Niños Menores de Edad, Pensión por Divorcio		Pensiones, Jubilación, Seguro Social		Otros Ingresos		
	CUANTO	FRECUENCIA	CUANTO	FRECUENCIA	CUANTO	FRECUENCIA	CUANTO	FRECUENCIA	
(Ejemplo) Jane Smith	\$ <u>200.00</u>	Semanalmente	\$ <u>150.00</u>	Semanalmente	\$ <u>100.00</u>	Semanalmente	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____	<input type="checkbox"/>

Parte 6: Firma y Número de Seguro Social (Los Adultos Debe Firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completa la parte 5, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su Número de Seguro Social o marcar el cuadro que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso). Yo certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportando todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: Nombre impreso: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ APT# _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Número de Seguro Social: **No Tengo** Número de Seguro Social

Part 7: Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las indentidades raciales:

- Asiático Indígena Norteamericano o Native de Alaska Afro-Americano
 Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico Otro

Escoja una etnia:

- Hispano Latino
 No Hispano ni Latino

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, Exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no la hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de Seguro Social no es necesario si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de cupones para Alimentos, Beneficios en Efectivo (Cash Assistance, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proceer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del progeme. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultural, está prohibido que esta institución discrimine por motive de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por dicriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o llame al (202)-720-6382 (voz y TTY). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

COMPARTIENDO LA INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre de Familia/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que usted nos proporcionó en su Solicitud Para Alimentos Gratuitos o de Precio Reducido podría ser compartida con otros programas para los cuales sus niño podría calificar. **Para los siguientes programas necesitamos su permiso para compartir la información. El enviar esta formulario no cambiará el que su niño obtenga gratuitos o de precio reducido.**

No! **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud de Alimentos Escolares Gratis o de Precio Reducido, se compartida con otros programas.

Sí! Yo **QUIERO** que los funcionarios escolares compartan la información de mi Solicitud de Alimentos Escolares Gratuitos o de Precio Reducido con la Especialista de Programas, **LINDA SADUSKY 480-497-3352**

Si usted marcó **Sí** en cualquiera o en todos los bloques de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____
 Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____
 Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____
 Nombre deletreado: _____
 Dirección: _____

* SNAP: Supplemental Nutrition Assistant Program (Formerly the Food Stamp Program)

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE, NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA		
CHANGE OF STATUS	DATE:	INITIAL:
<input type="checkbox"/> Temporary Free to Free		
<input type="checkbox"/> Temporary Free to Reduced		
<input type="checkbox"/> Free to Reduced		
<input type="checkbox"/> Free to Paid		
<input type="checkbox"/> Reduced to Free		
<input type="checkbox"/> Reduced to Paid		
<input type="checkbox"/> Paid to Free		
<input type="checkbox"/> Paid to Reduced		
<input type="checkbox"/> Benefits changed due to verification results		
<input type="checkbox"/> Application reactivated		
<input type="checkbox"/> Withdrawn		
<input type="checkbox"/> Other (Reason): _____		
<input type="checkbox"/> Direct Certification- Attach to Match Result		

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.	TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año escolar 2009-2010			
	Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
	1	20,036	1,670	386
	2	26,955	2,247	519
	3	33,874	2,823	652
	4	40,793	3,400	785
	5	47,712	3,976	918
	6	54,631	4,553	1,051
	7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317	
Cada persona adicional:	6,919	577	134	

ELIGIBILITY (PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE)	APPROVED (PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE)	Regrese este formulario al Encargado de la Cafetería o Envíala por correo a:
<input type="checkbox"/> SNAP* / TANF / FDPIR <input type="checkbox"/> HOUSEHOLD SIZE _____ TOTAL INCOME \$ _____	<input type="checkbox"/> FREE <input type="checkbox"/> REDUCED <input type="checkbox"/> TEMP. FREE 30 DAYS <input type="checkbox"/> TEMP. FREE 45 DAYS UNTIL: _____	FOOD & NUTRITION DEPARTMENT 140 S. Gilbert Road Gilbert, AZ 85296
<input type="checkbox"/> FOSTER CHILD HOUSEHOLD SIZE <u>1</u> PERSONAL USE INCOME \$ _____	<input type="checkbox"/> DENIED <input type="checkbox"/> APP. INCOMPLETE <input type="checkbox"/> INCOME TOO HIGH <input type="checkbox"/> OTHER	Para más información, usted puede llamar a: Carolyn Haynie (480)545-2110

Confirming Signature: _____ Date: _____
 Determining Signature: _____ Date: _____
 Follow-up Signature: _____ Date: _____
 Date Notice Sent Home: _____ Selected for Verification