

Solicitud de Alimentos Gratuitos o a Precio Reducido del Distrito Escolar de Westminster para el Año Escolar 2016-2017 Complete una solicitud por familia.

Lea las instrucciones incluidas junto con su solicitud sobre cómo aplicar. Escriba con letra de imprenta y utilice una pluma. También, usted puede completar una solicitud en línea en www.wsdnutrition.com. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Código de Educación de California, sección 49557(a): "Las solicitudes para alimentos gratuitos o a precio reducido pueden ser entregadas en cualquier momento durante un día escolar. A los estudiantes que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas o áreas para comer separadas o por algún otro medio".

PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Los estudiantes bajo **Cuidado de Adopción Temporal** y los estudiantes que cumplan con la definición de **Estudiante Sin Hogar, Migrante o Que se Fugó de su Hogar** son elegibles para recibir alimentos gratuitos. Anexe una hoja de papel para anotar nombres adicionales.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE que asistirá a la escuela (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Anote el nombre de la escuela y nivel de grado		Anote la fecha de nac. del estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante es un Estudiante Bajo Cuidado de Adopción Temporal, Sin Hogar, Migrante o Que se Fugó de su Hogar.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	Escuela Elemental ...	1ro	12-15-2010	Adopción Temporal	Sin Hogar	Migrante	Se ha Fugado de su Hogar
				<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 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR

¿Participa actualmente **ALGUNO** de los miembros del hogar (incluyéndose a usted mismo) en uno de los siguientes programas de asistencia pública?

Si la respuesta es **NO**, salte el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si la respuesta es SÍ , no complete el PASO 3. Marque la casilla del programa aplicable, escriba el número de caso y después vaya al Paso 4.	Seleccione el Tipo de Programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Escriba el Número de Caso:
---	--	----------------------------

PASO 3 – ESCRIBA EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Salte este paso si su contestación fue 'SÍ' en el PASO 2)

A. INGRESO DEL ESTUDIANTE: Algunas veces los estudiantes en la familia obtienen un ingreso. Por favor incluya el ingreso TOTAL obtenido por todos los estudiantes listados en el PASO 1 aquí. Reporte el ingreso total en cantidades de dólares cerrados antes de impuestos y deducciones. Escriba el periodo de pago apropiado: W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anual	Ingreso Total del Estudiante	¿Cada Cuándo?
\$		

B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (incluyéndose a usted mismo): Escriba a **TODOS** los miembros de la familia no listados en el PASO 1 **aún si no reciben un ingreso**. Para cada miembro de la familia, escriba el ingreso TOTAL de cada fuente de ingresos en cantidades de dólares cerrados solamente. Si no reciben ningún ingreso de ninguna fuente de ingresos, escriba, "0". Si usted anota "0" o deja cualquier casilla en blanco, usted está garantizando (prometiendo) que no hay un ingreso para reportar. Escriba todos los ingresos obtenidos antes de impuestos y deducciones. Anote el periodo apropiado de pago en la columna que indica "¿Cada Cuándo?": W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anual

Anote los nombres de TODOS LOS OTROS Miembros de la Familia (Primer Nombre y Apellido)	Ingresos de su Trabajo	¿Cada Cuándo?	Asistencia Pública/SSI/Manutención de Menores/Pensión Alimenticia	¿Cada Cuándo?	Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso	¿Cada Cuándo?
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

Núm. Total de Miembros de la Fam. (Niños y Adultos)	Escriba los últimos 4 números del Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal de la Familia o de Otro Miembro Adulto de la Familia	Marque la casilla si no hay un Núm. de Seguro Social
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO

Certificación: "Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todas las fuentes de ingreso han sido reportadas. Yo entiendo que esta información es dada en conexión con el recibimiento de fondos federales y que los oficiales escolares pueden verificar (chechar) la información. Yo estoy consciente de que si proveo información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios para recibir alimentos escolares y que puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales aplicables".

Firma del adulto completando esta forma:		
Escriba su nombre con letra de imprenta:		
Fecha del día de hoy:	Núm. de Teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de correo electrónico:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY	
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL O GRUPO ÉTNICO DEL ESTUDIANTE
Estamos obligados a solicitar información sobre la identidad racial y el origen étnico de sus estudiantes. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. La respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir alimentos gratuitos o a precio reducido.
Grupo Étnico (marque una casilla): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
Identidad Racial (marque una o más casillas): <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco