

2020-2021 Lowndes County Solicitud de comidas gratuitas o a precio reducido. Llene una solicitud por hogar para todos sus estudiantes.

Family ID# _____

Lea las instrucciones incluidas con la solicitud para entender cómo aplicar. Escriba claramente con pluma. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

O SOLICITE EN LINEA: myschoolapps.com

PASO 1 – INFORMACIÓN ESTUDIANTIL- Estudiantes bajo **Foster** o aquellos que cumplen con la definición de **sin hogar, Migrante** o **abandono de hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

| Escriba los nombres de CADA ESTUDIANTE (Apellido, Nombre, Inicial) | Nombre de la escuela, grado, Indica si el estudiante asiste a Lowndes | | | Fecha de nacimiento del estudiante | Marque el cuadro que corresponda si el estudiante es/está en | | | |
|--|---|----|-------|------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Preparatoria | 11 | si/no | | Foster | Sin Hogar | Migrante | abandono de hogar |
| EJEMPLO: Adams, Joseph P | | | | 12-15-2002 | | | | |
| | | | | | <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: SNAP, TANF, o FDIPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (menor o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si su respuesta es **NO**, ignore PASO 2 y llene PASO 3.

Si su respuesta es **SÍ**, seleccione el programa apropiado, el # del caso, ignore el PASO 3 y continúe al PASO 4.

SNAP
 TANF
 FDIPIR

Número del caso: (No el # de su tarjeta EBT)

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS MENORES

Se nos requiere pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda asegurar que estemos sirviendo plenamente a la comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (Marque una):

Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marque una o más):

Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
 Asiático Negro o Afro Estadounidense
 Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Blanco

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR (Ignore este paso si su respuesta al PASO 2 fue 'SI')

A. INGRESO DE MENORES: En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya el **TOTAL DEL INGRESO BRUTO** (antes de las deducciones) en una cantidad de dólares entera que recibe por los menores anotados en el 1er PASO. **Marque la frecuencia del total de ingresos recibidos.**

| Ingreso de MENORES | ¿Con que frecuencia recibe este monto? | | | |
|--------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Por semana | Quincena | 2x Mes | Mensual |
| \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. OTROS MIEMBROS EN LA UNIDAD FAMILIAR (incluyéndose a usted): Anote a **TODOS** los miembros de la unidad familiar que no están anotados en el 1er paso, aunque **tengan o no tengan ingresos**. Para cada miembro en la unidad familiar, reporte el **TOTAL DEL INGRESO BRUTO** (antes de las deducciones) en una cantidad de dólares entera por cada fuente. Si algún miembro no tiene ingresos marque "0". Si marca "0" o lo deja en blanco, usted está certificando (prometiéndolo) que no hay un ingreso que reportar. **Anote que tan frecuente recibe este monto.**

| Nombres de LOS DEMAS miembros en la unidad familiar (nombre y apellido) | Ingresos de trabajo | ¿Con que frecuencia se recibe? | | | | Asistencia Pública/SSI Manutención | ¿Con que frecuencia se recibe? | | | | Pensiones/Jubilación Otro tipo de ingreso | ¿Con que frecuencia se recibe? | | | |
|--|---------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Semana | Quincena | 2x Mes | Mensual | | Semana | Quincena | 2x Mes | Mensual | | Semana | Quincena | 2x Mes | Mensual |
| | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C. TOTAL DE MIEMBROS EN EL HOGAR

Niños + Adultos =

D. Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor u otro adulto de la unidad familiar XXX-XX- **O** Marque este cuadro si **NO** tiene tarjeta de Seguro Social

PASO 4 – INFORMACION DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO: **Certificación:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrán verificar (revisar) la información.

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.

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 Size:

Eligibility Status: Free Reduced-price Paid (Denied)

Verified as: Homeless Migrant Runaway

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Entiendo que si doy información falsa intencionalmente, mis hijos podrían perder los beneficios alimenticios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes.

Firma del adulto que llenó este formulario (Requerido):
X

Nombre en letra molde: _____

Fecha: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Regrese la aplicación completa a la cafetería de su escuela o la oficina de Servicios de Nutrición:
 1500C Lankford Drive, Valdosta, GA 31601