

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado.

2016-17 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Complete, firme y envíe esta solicitud a:

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza temporal, indíquelo con una "X" en el casillero correspondiente. 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. Si escribió un número de caso para alguno de sus hijos, pase a la Sección 4. Sin embargo, si escribió un número de caso solo para el niño de crianza y desea presentar la solicitud para todos los estudiantes del grupo familiar, usted debe proseguir con la Sección 2.

Si alguno de los niños por los que presenta la solicitud es un niño sin hogar (McKinney-Vento) o migrante, marque el casillero que corresponda. Sin hogar Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal Cada 2 semanas	Dos veces por Mes	¿El estudiante recibe los beneficios de los programas Basic Food, TANF o FDPPIR? Si la respuesta es sí, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente.		
										Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$			Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$			Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$			Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$			Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$			Nº de caso #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar - Ingrese 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. Si escribe un número de caso para otro miembro del grupo familiar, pase a la Sección 4. Sin embargo, si el número de caso solo es para el niño o niños de crianza temporal, debe proseguir con la Sección 3.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados mas arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal Cada 2 veces	Mensual	Mantenimiento de menores, Pensión alimentaria	Semanal Cada 2 veces	Mensual	Pensiones, Jubilaciones, Seguridad Social (SSI)	Semanal Cada 2 veces	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	¿Algún miembro del grupo familiar es beneficiario de los programas Basic Food, TANF o FDPPIR? Si la respuesta es Si, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente.			
												Semanal Cada 2 veces	Mensual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$		\$			\$					Case #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$		\$			\$					Case #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$		\$			\$					Case #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		\$		\$			\$					Case #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar):

4. Firma y Numero de Seguro Social - Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en base a la información que yo proporciono. Yo entiendo que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser enjuiciado. Yo entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo podría ser compartido, como la ley lo permita.

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social:
 O, si no tiene un número de seguridad social, marque el casillero:

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar _____ Dirección postal _____ Dirección física _____
 Firma del miembro adulto del grupo familiar _____ Fecha _____ Ciudad y código postal _____ Teléfono particular _____
 Celular/Teléfono laboral _____ Dirección de correo electrónico _____

