2010-2011 Aplicación Para Beneficiosde Comidas Par la Casa

Cajon Valley Union School District

Lea las instrucciones al reverso. Use tinta negra. Imprima claramente dentro de las cajitas y evite marcas fuera de ellas. Por favor use MAYÚSCULAS. Llene una aplicación por casa o por niño acogido.

1 NIÑO ACOGIDO
CADA NIÑO ACOGIDO DEBE ESTAR EN UNA APLICACIÓN SEPARADA

Coloque una X aquí si esta aplicación es para un niño que es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o tribunal E indique los ingresos para el uso personal en el espacio a la derecha. Escriba "0" si el niño no recibe ningún ingreso para uso personal.

$. Freq

2 **AMBULANTE/SIN HOGAR, EMIGRANTE, DESAPARECIDO:** Si el niño para quien usted está llenando la aplicación es ambulante/sin hogar (H), emigrante (M) o desaparecido (R), coloque una X en la caja apropiada y llame **Janet Middleton at (619) 588-3667**

H M R

3 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: **Llene la información abajo para CADA ESTUDIANTE MATRICULADOen Cajon Valley Union School District (Preescolar-8). Si esta aplicación es para un Niño Acogido, indique un solo niño acogido aquí –NO indique a ningún otro estudiante aquí con el Niño Acogido.**

# De IdentificaciónEstudiante (si lo sabe)	Nombre (legal)	IM	Apellidó	La fecha de Nacimiento (Opcional) M M D D AA	Código Escolar	Grado	Lista de los números de caso para SNAP, CalWorks, KinGap, FDPIR

4 **LOS MIEMBROS DE CASA Incluyen a TODOS otros miembros de casa y sus ingresos. Ponga a estudiantes en una lista no matriculados en el Distrito de Escuela de Unión de Valle Cajon (es decir, todos otros niños en la escuela secundaria y no actualmente matriculado en la escuela). PONGA INGRESOS DE GRUESO DE TOTAL EN UNA LISTA antes de impuestos y deducciones y, En la caja ¿Cuán a menudo le pagan?, escriba cuan a menudo recibe ingresos.(W=Weekly, E=Every 2 Semanas, T=Twice un Mes, M=Monthly, Y=Yearly). No compruebe "Ningunos Ingresos" ponen en una caja o entran en la cantidad de ingresos donde aplicable pero no ponen "NINGUNO" o "NA".**

Imprima el nombre y apellido legal de otros adultos y niños, incluyendo sufijos (Jr., Sr) si es aplicable.	"No Ingreso"	Ingresos del trabajoantes de las deducciones	¿Cuán a menudo le pagan?	Pagos de bienestar, sustento de niños/pensión de divorcio	¿Cuán a menudo le pagan?	Pago de pensiones, Retiro/ Seguro Socia	¿Cuán a menudo le pagan?	Cualesquiera Otros Ingresos, Incluso Ingresos Temporales	¿Cuán a menudo le pagan?
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	
		.		.		.		.	

5 **INDIQUE EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RESIDEN EN SU HOGAR (de las partes 3 y 4)**
Asegúrese que la caja 5 corresponde al total de personas listadas.

6

Dirección postal

Apt #

Ciudad

Estado

Código postal

( ) - Teléfono de contacto durante el día

7 **El adulto que completó esta aplicación debe firmar e incluir su Número de Seguro Social (SSN). Un SSN NO se requiere en aplicaciones con Cupones de Alimento, TANF, FDPIR, ni Niños Acogidos. Si usted NO tiene un SSN, coloque una X en la cajita.**

- - X aquí si NO tiene un SSN

Número del Seguro Social del ADULTO (Acto de Intimidad en espalda)

8 **CERTIFICACIÓN: Certifico que toda la información como consta más arriba es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se da en conexión con el recibo de fondos Federales, que oficiales escolares pueden verificar la información en la aplicación en cualquier momento y que tergiversación intencional de la información puede resultar en mi persecución bajo las leyes estatales y federales aplicables. Ver el Acto de Intimidad.**

SE REQUIERE FIRMA DEL ADULTO

X

NOMBRE (imprima claramente)

APELLIDÓ(imprima claramente)

FECHA DE LA FIRMA M M D D A A

Sección 49557(a) del Código de Educación de Califórnia:Usted puede someter una solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser entregada en cualquier momento durante el día escolar. A los niños 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, comedores separados, o otra forma de discriminación.

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Date Of Determination M M D D Y Y | Household Size | Total Income . | F | Eligibility Code S | Reviewer

9 **Racial Identity (Optional)** Indio Americano Nativo de Alaska | Asiático | Negro o Afroamericano | Nativo Hawaiano u Otro Isleño PacíficoIdentidad | Blanco | Otro

Pacífico Identidad étnica (Opcional) De Origen Hispano | No de Origen Hispano