

**ROSEVILLE CITY SCHOOL DISTRICT
SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS
Y A PRECIOS REDUCIDOS EN EL AÑO 2007-08**

Por favor llene, firme, y regrese esta solicitud a la escuela. Si necesita más ayuda con esta solicitud, refiérase a la **Carta A Los Padres** atada a esta forma.

SECCIÓN A. Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **SECCIÓN B.** Solamente hogares que reciben Estampillas para Comida, beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR).
1. Escriba los nombres de los niños que reciben Estampillas para Comida, beneficios de CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

APELLIDO NOMBRE PRIMERO ESCUELA GRADO

2. Escriba el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

ESTAMPILLAS PARA COMIDA CALWORKS KIN-GAP FDPIR

3. Siga con la Sección B si no recibe Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR para cada niño en su hogar. Si no, firme la solicitud en la Sección C.

SECCIÓN B. Para los demás hogares. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

1. Es esta solicitud para un niño adoptivo (foster)? Si No, Si la respuesta es sí, escriba para cada niño adoptivo (foster) el nombre del niño y la cantidad del "ingreso personal" que el niño recibe cada mes:

Nombre _____ Ingreso \$ _____

2. Escriba los nombres de los niños en su hogar que están en la escuela y que no reciben Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR.

APELLIDO PRIMER NOMBRE ESCUELA GRADO

3. Escriba los nombres de los niños en su hogar que no están en la escuela:

APELLIDO PRIMER NOMBRE APELLIDO PRIMER NOMBRE

SECCIÓN C. Todos los hogares haciendo solicitud lean esto y firmen abajo.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual normal. No llene esta sección si tiene cada niño de la sección el número del caso de Estampillas para Comida, CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR. Firme la solicitud en la sección C.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, O AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE TOTAL MONTHLY INCOME

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - FOR SCHOOL USE ONLY				Year Track:
HOUSEHOLD SIZE:	HOUSEHOLD INCOME:	2 nd Review:		
Free	Reduced-Price	Denied	Direct Certified as:	H M R EP <input type="checkbox"/>
Temporary Free Until (45 calendar days from date of determination):				
Determining Official:	Date:	Verification Official:	Date:	

Sección 19557(a) del Código de Educación de California. 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 participan 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.

Programa Nacional de Alimentos Escolares (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuicado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUE LLEVA ESTAFORMA (ESCRIBA COMPLETAMENTE EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA SOLICITUD)	ESCRIBA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSF) AQUÍ O SOBRE LA FONTE LISTENOTEBLENO	FECHA
Nombre POMICITO	CIUDAD	CODIGO POSTAL
TELEFONO DEL HOGAR	TELEFONO DEL TRABAJO	California
TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NIÑOS DEL HOGAR		

SECCIÓN D. Identidades Étnicas Y Raciales de Niños (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales:

Indígena Americanos o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano Americano

Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacíficos Blanco

2. Apunté un identidad étnico:

De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico