

Marque esta casilla si usted recibió beneficios alimenticios el año pasado.

ESCUELAS PÚBLICAS DE BELLINGHAM

SOLICITUD PARA RECIBIR ALIMENTOS GRATUITOS Y A PRECIO REDUCIDO 2011-2012



Complete, firme y regrese esta aplicación a la escuela ó a la oficina de servicios alimenticios @ 1306 Dupont St., Bellingham, WA 98229

1. Enliste **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela. Si el estudiante se encuentra en adopción temporal, indíquelo marcando una "x" en la casilla apropiada. Incluya cualquier ingreso recibido por el estudiante y marque una "x" dentro de la casilla que indica la frecuencia con la que se recibe. Si escribió un número de caso para cualquiera de sus niños, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si usted escribió un número de caso para el estudiante en adopción temporal y quisiera solicitar este servicio para todos los estudiantes del hogar, debe de proceder a la **Sección 2**. **Si cualquiera de los niños para los cuales se solicita este servicio esta sin hogar, es migrante o escapado, marcar la casilla apropiada y llamar a la escuela.**
- Sin Hogar Migrante Escapado

Apellido del Estudiante	Primer nombre del Estudiante	Inicial del Segundo Nombre	Adopción Temporal	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingresos del Estudiante	Semanal	Cada dos Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual	Sin Ingresos	¿Recibe el estudiante Basic Food, TANF ó FDPIR? Si es así, debe escribir un número de caso.
							\$						<input type="checkbox"/> Sí - # Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Sí - # Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Sí - # Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Sí - # Caso _____
							\$						<input type="checkbox"/> Sí - # Caso _____

2. Enliste los nombres de todos los otros miembros de familia – Favor de anotar los ingresos y **MARCAR** la frecuencia en la que se reciben. Si escribió un número de caso para otro miembro de la familia, pasar a la **Sección 4**. Sin embargo, si el único número de caso es para el estudiante(s) en adopción temporal, debe continuar con la **sección 3**.

Nombres de los DEMÁS miembros de familia (no incluya los nombres de los estudiantes enlistados arriba)	Adopción Temporal	Sin Ingresos	Ganancias del Trabajo (antes de deducciones)	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual	Manutención, Pensión Alimenticia	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual	Pensiones, Jubilación, Seguro Social (SSI)	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual	Cualquier otro Ingreso no Enlistado	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual	¿Existe alguien de la familia que recibe Basic Food, TANF ó FDPIR? Si es así, debe de escribir un número de caso.	
			\$					\$					\$					\$						
			\$					\$					\$					\$						
			\$					\$					\$					\$						
			\$					\$					\$					\$						

3. **Miembros de Familia en Total (incluir todas las personas que viven en su hogar):** _____

4. Firma y Número de Seguro Social – Certifico que toda la información entregada es correcta y verdadera, y que se han reportado correctamente todos los ingresos y/o los números de caso de Basic Food ó TANF/FDPIR. Entiendo que esta información es necesaria para la obtención de fondos federales y que los encargados escolares pueden verificar la información de esta solicitud y que la representación deliberada de información falsa, puede resultar en un proceso legal bajo las leyes estatales y federales que apliquen.

Nombre del Miembro de Familia Adulto en Letra de Molde		
Dirección de Correo	Domicilio del Hogar	
Ciudad & Código Postal	Teléfono del Hogar	Trabajo/Tel. Móvil

Últimos 4 Dígitos de su Número de Seguro Social: <input style="width: 80px;" type="text"/>	O, si usted no cuenta con un número de seguro social, marque la casilla: <input type="checkbox"/>
Firma del Miembro de Familia Adulto	Fecha
Correo Electrónico	

5. Identidad Étnica y Racial de los Niños (Opcional)

Marcar una ó más identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Negro o Africano Americano
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico
- Otro

Marcar una identidad étnica:

- Hispano o Latino
- Ni Hispano, ni Latino

6.

Otros Beneficios: No se requiere que usted conteste estas preguntas. Doy permiso para que los Servicios Alimenticios entreguen información del estatus para los siguientes programas. Usted debe de marcar la casilla junto a cada programa con el que se puede compartir la información de la solicitud:

- Deportes/Atletismo
- ASB
- Apple Health For Kids (Seguro Medico Gratuito o a Bajo Costo)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Declaración del Acto de Privacidad: Explicación de cómo se utilizará la información proporcionada. El Acto de Almuerzo Nacional Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que entregar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar a su hijo/a para que reciba alimentos gratuitos o a bajo costo. Usted debe de proporcionar los últimos 4 dígitos del número de seguro social de la persona encargada de firmar la solicitud. Los últimos 4 dígitos del número de seguro social no es necesario en la solicitud de un niño bajo cuidado temporal o si usted proporciona un número de caso de los programas: Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ó Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo/a, ó cuando usted indica que el miembro adulto de familia que firma la solicitud no cuenta con un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir alimentos gratuitos o a bajo costo y para la administración y cumplimiento de los programas de desayuno y almuerzo. Puede que compartamos la información de elegibilidad con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, los auditores tendrán acceso a la información para la revisión del programa y también los oficiales del cumplimiento de la ley para ayudarlos a encontrar violaciones a las reglas del programa.

**PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

CONVERSIÓN DE INGRESOS ANUALES: Semanal x 52; Cada Dos Semanas x 26; Dos Veces al Mes x 24; Mensual x 12. NO haga la conversión de ingreso anual al menos que el cabeza de familia reporte frecuencias múltiples de pago.

APROBACIÓN/DENEGACIÓN LEA

- Basic Food/TANF/FDPIR
- Ingresos del Hogar
- Niño en Adopción Temporal (Categóricamente gratuito)

Tamaño Total de la Familia _____
 Ingreso Total de la Familia \$ _____
 Ingreso Aprobado por (circule uno): semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual

SOLICITUD APROBADA PARA:

- Alimentos Gratuitos
- Alimentos a Precio Reducido

APROBACIÓN TEMPORAL PARA:

- Alimentos Gratuitos
- Alimentos a Precio Reducido

Fecha en la que se
 Vence la Aprobación Temporal: _____

SOLICITUD DENEGADA POR:

- Ingresos Sobre Cantidad Permitida
- Incompleto/Falta Información
- Otro: _____

Día en Que se Envió el Aviso

Firma del Oficial de Aprobación

Fecha