

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

**COLLEGE PLACE SCHOOL DISTRICT #250**  
**SOLICITUD PARA RECIBIR ALIMENTOS GRATUITOS Y A PRECIO REDUCIDO 2011-2012**

**FOR OFFICE USE ONLY:**  
 Application #2012-\_\_\_\_\_

**Complete, firme y regrese esta aplicación a la escuela ó a la College Place School District Office, Attn: Food Service Dept., 1755 S. College Ave., College Place, WA 99324**

- 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 FDIPIR? 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)	Ingresos				Manutención, Pensión Alimenticia	Ingresos				Pensiones, Jubilación, Seguro Social (SSI)	Ingresos				Cualquier otro Ingreso no Enlistado	Ingresos				¿Existe alguien de la familia que recibe Basic Food, TANF ó FDIPIR? Si es así, debe de escribir un número de caso.		
				Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	Dos Veces al Mes	Mensual			
			\$					\$					\$					\$							
			\$					\$					\$					\$							
			\$					\$					\$					\$							
			\$					\$					\$					\$							

**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/FDIPIR. 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 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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático                   | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska         |
| <input type="checkbox"/> Blanco                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Otro                                       |

Marcar una identidad étnica:

- Hispano o Latino  
 Ni Hispano, ni Latino

**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**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12. Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies.

### LEA APPROVAL/DENIAL

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basic Food/TANF/FDPIR Household   | Total Household Size _____   |
| <input type="checkbox"/> Income Household                  | Total Household Income \$ _____  |
| <input type="checkbox"/> Foster Child (categorically free) | Income Approved by (circle one): weekly every two weeks twice a month monthly annual |

### APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals  
 Reduced-Price Meals

### TEMPORARY APPROVAL FOR:

- Free Meals       Reduced-Price

Date Temporary Approval Expires: \_\_\_\_\_

### APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount  
 Incomplete/Missing Information  
 Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date Notice Sent

\_\_\_\_\_  
Signature of Approving Official

\_\_\_\_\_  
Date