

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O DE PRECIO REDUCIDO 2011-2012**  
**CNS# \_\_\_\_\_**

**Parte # 1. Niños que asisten a la escuela, incluya a los niños que esta criando pero están bajo la custodia del Departamento de servicios sociales conocidos en ingles como Foster Children**

Nombres de todos los niños que asisten a la escuela (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	Nombre de la escuela	Grado	Foster Child.	
			(marque la casilla si el estudiante está bajo la custodia de la corte o del departamento de servicios sociales)	Nota: Si todos los estudiantes en la lista están bajo la custodia del departamento de servicios sociales, <u>vaya</u> directamente a la parte #5 de esta solicitud.
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

**Parte # 2. Beneficios**

Si algún miembro de su hogar recibe servicios del Departamento de alimentos y nutrición (FNS por su sigla en inglés, conocido anteriormente como el programa de cupones de alimentos (FDFIR o TANF/Work First), escriba el nombre y el número de caso para la persona que recibe los beneficios **y vaya directamente a la parte #5 de esta solicitud. Si nadie recibe los beneficios, vaya directamente a la parte #3.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **Número de caso:** \_\_\_\_\_

**Parte # 3. Estudiantes sin hogar, emigrantes, fugados del hogar**

Si el niño para el que está solicitando ayuda no tiene hogar, es emigrante o se fugó de su hogar, marque la casilla apropiada y llame a la Sra. Jerene Joseph, Coordinadora del programa de niños sin hogar al teléfono 919-560-3927. Sin hogar  Emigrante  Se fugó del hogar

**Parte # 4. Ingreso bruto total de su hogar – Deberá indicarnos cuánto gana y con qué frecuencia**

1. Nombre (Anote a <b>TODOS</b> los miembros del hogar, incluyendo a los niños que anoto en la parte #1 )	2. Ingreso bruto y con qué frecuencia lo recibe. (Escriba la cantidad exacta incluyendo centavos). Ejemplo: \$100.15 por mes; \$100.97 por quincena; \$100.76 cada otra semana o \$100.00 por semana				3. No tiene ingresos
	Salario antes de las deducciones <input type="checkbox"/> A	Asistencia social, sustento de menores, pensión matrimonial <input type="checkbox"/> B	Pensiones de; jubilación, del seguro social, otras. <input type="checkbox"/> C	Otros ingresos <input type="checkbox"/> D	
(Ejemplo) <i>Jane Smith</i>	\$200.50 - semanal	\$100.75 semanal	\$100.45-mensual	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
1.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
2.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
3.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
4.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
5.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
6.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>
7.	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	\$ ____ - ____	<input type="checkbox"/>

**Parte 5. Firma y los últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)**

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si completo la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos 4 dígitos de su Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad adjunto) *Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de las comidas y yo podría ser procesado legalmente*

Firma: X \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \*\*\*-\*\*-\_\_\_\_-\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

**Parte 6. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)**

Marque una o mas de las siguientes identidades raciales/étnicas/culturales  
 Asiático  Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska  Hispano o Latino  
 Blanco  Hawaiano o de otra isla del Pacífico  No Hispano ni Latino  
 Negro o Afro-Americano  Otro

**No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26 Twice a month x 24 Monthly x 12  
 Total Income: \_\_\_\_\_ Per  week  Every 2 weeks  Twice a Month  Month  Year Household Size \_\_\_\_\_  
 Categorical Eligibility \_\_\_ Date withdrawn \_\_\_\_\_ Eligibility: Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Denied \_\_\_ Reason \_\_\_\_\_  
 Temporary Free \_\_\_ Reduced \_\_\_ Time Period \_\_\_\_\_ (expires after \_\_\_\_\_ days)  
 Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Follow up Officials Signatures \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_