

**Año escolar 2023-2024 EPIC de Cesar Chavez Solicitud para comidas gratis y a precio reducido** Llene una solicitud por hogar.

FIELD

Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Sección 49557(a) del Código de Educación de California:** Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar, migrante o fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. **STU ID:** \_\_\_\_\_ **Site:** \_\_\_\_\_

Anoté el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anoté el nombre de la escuela y el grado escolar		Anoté la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está <b>bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar</b> o es <b>migrante o fugado del hogar</b> .				
	<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>EPIC de Cesar Chavez</b>	<b>10th</b>	<b>07/01/1999</b>	Bajo cuidado adoptivo	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDIPIR**

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR? Si contestó **NO**, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó **SÍ**, marque la casilla del programa pertinente, sátese el PASO 3 y vaya al PASO 4.

CalFresh     CalWORKs     FDIPIR

Anoté el número de caso: \_\_\_\_\_

**PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sátese este paso si contestó ‘SÍ’ en el PASO 2)**

**A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:** En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:  
**S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Ingresos totales del estudiante	Frecuencia
\$	

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR:** Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote “0”. Si anota “0” o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de “Frecuencia”:** S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Anoté el nombre de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/Manutención de menores/Pensión alimenticia	Frecuencia	Pensiones/retiro/ jubilación otros ingresos	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

**C. Total de miembros del hogar** (Niños y adultos)

**D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del estudiante**

Marque la casilla si **NO tiene SSN**

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA**

**Certificación:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del estudiante que llenó esta solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)**

How Often?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Household Size

Eligibility Status:  Free  Reduced-price  Paid (Denied)  Categorical

Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway  Error Prone

Total Household Income \$

**Determining Official’s Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Confirming Official’s Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Verifying Official’s Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE**

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico del estudiante. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o/a precio reducido.

- Origen étnico (marque uno):**
- Hispano o latino     No hispano o latino
- Raza (marque una o más):**
- Indígena americano o nativo de Alaska     Negro o afroestadounidense
- Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico     Asiático     Blanco