

**Año escolar 2019-20 Ripon Unified School District Solicitud para comidas gratis y a precio reducido**

Llene una solicitud por hogar. 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 DE LOS ESTUDIANTES** 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.

Anote el nombre de CADA ESTUDIANTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el nombre de las escuela y el grado escolar	Anote la fecha de nacimiento de estudiante	Marque la casilla pertinente si el estudiante está <b>Bajo cuidado adoptivo temporal, sin hogar</b> o es <b>migrante</b> o <b>fugado del hogar</b> .			
			<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 contesto NO, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sálte el PASO 3 y vaya al PASO 4. Anote el número de caso:

CalFresh   
  CalWORKs   
  FDIPIR

**ADULTO** 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.

**PASO 3- DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Saltese este paso si contesto SI 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 toatales de los estudiantes	frecuencia
\$	

**B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** 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 (prometiendo) 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

Anote el nombre de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Asistencia pública/SSI/manutención demoreos/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) de la persona que recibe más ingresos o de otro miembro adulto del hogar**

Marque la casilla si **NO tiene SSN**

Firma del adulto que llenó esta solicitud:

Nombre en letra de molde:

Fecha:  Teléfono:

Dirección:

Cuidad:  Estado:  Código postal:

Correo electrónico:

**OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico de sus hijos. 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     Asiático     Negro o afroestadounidense     Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico     Blanco

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

How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$
Total Household Size <input type="text"/> <input type="text"/>	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Categorical    Determining Official's Signature: _____ Date: _____
	<input type="checkbox"/> Error Prone    Confirming Official's Signature: _____ Date: _____
	Verifying Official's signature: _____ Date: _____