2021-2022 DISTRITO ESCOLAR DE CHERRY CREEK - Solicitud familiar para comidas gratuitas o a precio reducido

LLENE UNA SOLICITUD POR HOGAR. UTILICE SÓLO TINTA NEGRA OR AZUL (NO LAPIZ). ESCRIBA EN FORMA CLARA.

1 **Sin hogar, migrante, o fugado del hogar:** Si cree que alguno de los niños enamurados en esta seccion son Sin hogar (SH), migrante (M), o Fugado del hogar (F) marque la casilla apropiada y llame al enlace sin hogar al (303) 681-4513 o coordinador de migrantes para confirmacion de estado. SH M F

2 Si algún miembro del hogar actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes prgramas: SNAP, TANF, o FDPIR sólo necesita escribir un número caso y puede saltar a Paso 3. Puede omitir partes 4, 7, y 8. **NO ENUMERE EL CASO DE MEDICAID.** NUMERO DE CASO

3 **Información del Estudiante:** Para cada estudiante escribe nombre y apellido, fecha de nacimiento, y número de identificación. Marque la casilla si tiene hijo de crianza que son responsibilidad de una agencia de bienestar social o una corte. Si el estudiante tiene ingresos inlcuya total en espacio proporcionado.

Ingreso del estudiante, por favor indique la información de ingresos para todos los estudiantes. Este es ingreso recibido solo por los estudiantes. Los ingresos para uso personal de un hijo de crianza se necesitan solo si también se listan hijos que no son de crianza. Indique el período de pago rellenando el período de pago adecuado: S = Semanal; 2S = Cada 2 semanas; M = Mensual; 2M = Dos veces por mes, A= Anual.

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE	Fecha nacimiento del estudiante	Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Marque si es un hijo de crianza	Ganancias de trabajos antes de deducciones INGRESOS:	¿Frecuencia?	Bienestar social, manutención de menores. INGRESOS:	¿Frecuencia?	Seguridad social y otros. INGRESOS:	¿Frecuencia?
	M M D D A A				$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
	M M D D A A				$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
	M M D D A A				$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
	M M D D A A				$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
	M M D D A A				$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A

4 **Informe los ingresos para TODOS los demás miembros del hogar (incluido usted): proporcione el INGRESO BRUTO TOTAL (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES) en dólares enteros únicamente e indique la frecuencia de pago adecuada:S = Semanal; 2S = Cada 2 semanas; M = Mensual; 2M = Dos veces por mes, A = Anual. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.**

Liste apellidos y nombres de todas las personas que vivan en su hogar. Asegúrese de incluir los menores que no están en edad escolar. **NO INCLUYA (LOS) ESTUDIANTE(S) LISTADO(S) ARRIBA**	Ingresos del trabajo antes de deducciones o desempleo. Rellene el período de pago correcto. INGRESOS:	¿Frecuencia?	Pagos de bienestar social, manutención de menores, pensión alimenticia. Rellene el período de pago correcto. INGRESOS:	¿Frecuencia?	Pensión, Seguridad Social, SSI de menores, discapacidad permanente. Rellene el período de pago correcto. INGRESOS:	¿Frecuencia?	Todo otro ingreso. Rellene el período de pago correcto. INGRESOS:	¿Frecuencia?
APELLIDO, NOMBRE	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
APELLIDO, NOMBRE	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
APELLIDO, NOMBRE	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
APELLIDO, NOMBRE	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A
APELLIDO, NOMBRE	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A	$	S 2S M 2M A

5 **Divulgación de inforamación** - La inforamción propocionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podriá ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a lós niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comdias gratutias o a precio reducio, está información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podiráestar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información: esto no afectará el cumplimiento con los requisitos para recibir comidas escolares. *Su información **será** compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación.*

- ☐ No compartan mi información con ninguno de los programas
- ☐ Programas de extraescolar/ electivo/ enriquecimiento
- ☐ Programa de guaredía antes y después de escuela
- ☐ Medicaid/SCHIP

OPCIONAL: Identidad racial y étnica de los niños - Tenemos que pedir información sobre la raza y entia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requistos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnicidad (marque uno):

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (marque uno o mas):

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiatico ☐ Negro o Americano Africano ☐ Nativo de Hawai u Otro Isleno del Pacifico ☐ Blanco

6

Dirección Postal o P.O. Box | #Apt o #Lote

Ciudad | Estado | Código Postal | ( ) Número de teléfono

7 **TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR** (Estudiantes y adultos de los pasos 3 y 4)

Seguro Social/ SSN - últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN'

8 Número de Seguro Social del Adulto

NO TENGO NSS: ☐

CERTIFICACIÓN: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo la escuela recibirá fondos Federales en base a la información que suministro. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (chequear) la información. Comprendo que si suministro información falsa deliberadamente, mis hijos podrán perder los beneficios de comidas y se podrán iniciar acciones legales en mi contra según las leyes del estado y federales.

FIRMA REQUERIDA

9 X

ESCRIBA su nombre en las casillas de abajo

NOMBRE

APELLIDO

M M D D A A

FECHA DE HOY