

**2020-2021 SOLICITUD DE HOGAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO  
COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR**

Solo Para Uso de Oficina

Por favor lea las instrucciones al dorso de esta solicitud. Llene, firme y devuelva la solicitud a cualquier escuela en el distrito. Llame a la escuela si necesita ayuda.

**Parte 1. Niños en la escuela (Utilice una solicitud separada para cada hijo de crianza)**

	APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	GRADO	ESCUELA	ID# DEL ESTUDIANTE (opcional)	HIJO DE CRIANZA**
1							
2							
3							
4							
5							
6							

\*\* Si esta solicitud es para un Hijo de Crianza y es la responsabilidad de una agencia de bienestar social o una corte, marque el bloque y salte a la Parte 5. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, complete Parte 2 o salte a la Parte 4 si nadie en su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF.

**Parte 2. SNAP or TANF: Si un miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, escriba el nombre y número de caso en el espacio debajo y salte a la Parte 5.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso de SNAP o TANF (No use los 16 números de su tarjeta EBT): (Número de caso es de 7-12 dígitos)

**Parte 3. Si el niño para el que usted solicita es un niño sin hogar, emigrante o que ha abandonado su hogar, marque el bloque apropiado y llame a su escuela para hablar con uno de estos coordinadores.**

Sin Hogar Emigrante Abandonó su Hogar

Complete Partes 1, 4, 5, 6, y 7.

**Parte 4. TODOS LOS DEMÁS HOGARES: Aliste a todos los que viven en el hogar; incluyendo los estudiantes que alisto más arriba. Escriba el ingreso bruto antes de las deducciones y díganos la frecuencia con que se recibe esa cantidad.**

Nombres de todos los que viven en el hogar (Incluyendo los estudiantes en la escuela anotados más arriba)  No Complete Parte 4 si todos los estudiantes son hijos de crianza o si usted escribió un Número de Caso de SNAP o TANF en la Parte 2	Edad	Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) en dólares (sin centavos). Escriba cada cuánto tiempo se recibe esa cantidad, por ejemplo: (S) = Semanal (2S) = Cada 2 Semanas (2M) = Dos Veces al Mes (M) = Mensual				
		Ingresos por Trabajo ANTES de Las Deducciones		Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio.	Pensiones, pensiones de jubilación, Seguro Social, Ingreso Social Suplementario, beneficios de Veteranos.	Otros Ingresos
		Trabajo 1	Trabajo 2			
<b>EXAMPLE: Jane Doe</b>	32	\$ 18,000 / 2M	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /	\$ 0 /
1.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
2.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
3.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
4.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
5.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
6.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
7.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
8.		\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /
<b>Total de Miembros del Hogar (Niños y adultos)</b>						

**Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional) Usted no está obligado contestar esta pregunta**

Marque una identidad étnica: hispano o latino No hispano o latino

Marque una o más de las identidades raciales: (sin importar la identidad étnica)

Asiático Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska De raza negra o Afro-Americano Blanco Hawaiano o de otra isla del Pacífico

**Parte 6. OTROS BENEFICIOS: Medicaid y Seguro Médico:** Su hijo podría recibir otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información contenida en esta solicitud con Medicaid y con el programa de seguro médico para niños de Virginia conocido como FAMIS (según las siglas en inglés). Si usted no desea que se comparta esta información, deberá marcar la casilla que dice NO más abajo. Su decisión no afectará los derechos de su hijo para recibir comidas gratis o a precios reducidos.

NO, no deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precios reducidos con Medicaid o FAMIS.

**Parte 6b OTROS:** Necesitamos su permiso para que la escuela pueda utilizar esta información para otros beneficios. **SÍ**, doy permiso para que la información contenida en esta solicitud se utilice solo para los programas indicados. Entiendo que renuncio a los derechos de confidencialidad sólo para este propósito específico.

**Parte 7. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social o marque la casilla si no tienen uno, antes de que la solicitud puede ser aprobada. Antes de firmar, lea las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en el reverso de esta solicitud) Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se han divulgado. Entiendo que esta información es dada en relación con el recibo de fondos federales y que funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas escolares y yo puedo ser procesado bajo leyes estatales y federales.

XXX-XX-	No tengo número de Seguro Social	SIGN HERE	
Los 4 números últimos de Seguro Social del adulto que firma la solicitud		Firma del adulto que reside en el hogar	Fecha

**DO NOT WRITE BELOW LINE - SCHOOL USE ONLY**

**Yearly Income Conversion for Approving Official When Different Income Frequencies are Reported: Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Monthly X 12**

<b>TOTAL INCOME/HOW OFTEN:</b> \$ _____ / _____		<b>HOUSEHOLD SIZE</b> _____		SNAP	TANF	Foster Child
Approved Free	Approved Reduced	Other: _____				
Denied Reason:		Income Too High	Incomplete Application			
Date Approval/Denial Notice Sent To Household:			Signature of Approving Official:			
<b>Transferred/Withdrawn Date:</b>		<b>Transferred To:</b>				
<b>VERIFICATION SUMMARY:</b> Date Selected:		Date of Confirmation Review:		Reviewer's Initials:		Confirmation Result:
Date Response Due:	Date of 2 <sup>nd</sup> Notice:	Date Verification Results Notice Sent:				
Verification Results:	No Change	Free to Reduced	Free to Paid	Reduced to Free	Reduced to Paid	
Reason for Change:	Income	Household Size	Refused to Cooperate	SNAP/TANF Eligibility		
Date:	Verifying Official's Signature:					