

**Santa Clarita Valley School Food Services Agency**

25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355  
661-295-1574 x108 866-224-2076  
2017/2018

**SOLICITUD PARA ALIMENTOS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO**

\*\*\***utilice tinta azul o negro , complete con letra del molde \*\*\***  
**www.scvschoolnutrition.org**

**PRESENTAR SÓLO UNA SOLICITUD POR FAMILIA**

**SECCIÓN A. TODOS LOS HOGARES COMPLETEN ESTA SECCION**

FOR SCHOOL USE ONLY – ELIGIBILITY DETERMINATION			
HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:	
FREE:	REDUCED: \$	DENIED	<input type="checkbox"/> RETURN incomplete Date:
FREE with: FS / CalWORKs / Kin-GAP / FDPIR		DC as: H M R EP <input type="checkbox"/>	
Annual Income Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice A Month X 24, Monthly X 12			
DETERM OFFICIAL:		DATE:	
VERIFICATION OFFICIAL:		DATE:	
			Site#

**INFORMACION DE ESTUDIANTES /NIÑOS**

Liste todos los niños de su hogar que asistan o no a la escuela

APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA (MARQUE "NA" SI NO VA A LA ESCUELA))	GRADO	FECHA DE NACIMIENTO	EL ESTUDIANTE ES NUEVO?	ESTUDIANTE DE REINGRESO?	NIÑOS DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER) SI/NO	INGRESO PERSONAL DEL NIÑO <u>ESCRIBA "0" SI NO TIENE INGRESOS</u>	FUENTE DE INGRESO: SEGURO SOCIAL, FOSTER, ASISTENCIA A DE ADOPCION??	¿Algún miembro de la familia participa actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?  EN CASO AFIRMATIVO MARQUE LA CASILLA APLICABLE  CALFRESH <input type="checkbox"/> CALWORKS <input type="checkbox"/> KIN-GAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/>  NUMERO DE CASO: <input type="text"/>
2.				/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
3.				/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
4.				/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
5.				/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
6.				/ /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		

Si el niño por quien está aplicando esta es Desamparado, Migrante o Fugitivo, póngase en contacto con la escuela y circule la letra apropiada: H M R. los hogares presentar una solicitud con número de caso de beneficio de Cal fresca/CalWORKs para cada niño o un adulto miembro del hogar, por favor vaya a la sección C y complete. Un niño Foster que está bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza temporal es elegible para comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a los demás niños en el hogar.

**SECCION B. DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (ANTES DE IMPUESTOS).**

Para cada miembro del hogar que recibe ingresos declare los ingresos totales de cada fuente en números REDONDOS. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, Escriba "0".

TODOS LOS ADULTOS MIEMBROS DEL HOGAR APELLIDO NOMBRE	INGRESOS DEL TRABAJO	¿Frecuencia?				PENSIÓN, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL, WELFARE	¿Frecuencia?				AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO, CUALQUIER OTRO INGRESO	¿Frecuencia?			
		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL
1.	\$	<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"/>
2.	\$	<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"/>
3.	\$	<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"/>
4.	\$	<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"/>

La Ley Nacional del Almuerzo Escolar Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveerla información pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir el número de seguro social del adulto del hogar quien firma la solicitud. El número de seguro social no es necesario si su solicitud es para un NIÑO de crianza (Foster) o si usted incluye un número de caso (o uno de los siguientes programas : Calfresh, CalWorks(opportunidades de trabajo) Kin-Gap) Asistencia de pago Kinship Guardián, o el programa de distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) o cuando usted indica que el adulto que firma la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido y para la administración y el cumplimiento de los programas de los almuerzos y desayunos.

**SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBEN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION ★ EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD**

Código de Educación 49557(a): solicitudes para desayunos y comidas gratis o a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el programa nacional de almuerzos escolares no serán abiertamente identificados mediante el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta (promesa) y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales que los funcionarios escolares pueden verificar la información sobre la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciado bajo las leyes federales y estatales aplicables.

DOMICILIO	CIUDAD & CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELÉFONO:	CELULAR:
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL ADULTO QUE FIRMA LA APLICACIÓN	ULTIMOS 4 NUMEROS DE SEGURO SOCIAL #  ***-**-____-____ <input type="checkbox"/> YO NO TENGO SEGURO SOCIAL		
★ FIRMA	FECHA	CORREO ELECTRÓNICO	

**SECCION D. IDENTIDADES ETNICOS Y RACIALES DE NINOS (OPCIONAL)**

1. Apunte uno o más identidades raciales :  Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano – Americano  Hawaiano u otro Islas del Pacifico  Blanco  
2. Apunte identidad étnico:  De origen Latino o Hispano  No de origen Latino o Hispano