

**año escolar 2021-2022 Solicitud de comidas gratis o a precio reducido** Llene una solicitud por hogar.

Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (federal National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

**PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)**

**Definición de miembro del hogar:** "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".  
 Los menores **bajo cuidado adoptivo temporal**, y los que cumplen con la definición de **sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	Estudiante en esta Escuela? Y N	Bajo cuidado adoptivo temporal Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Marque todos los pertinentes

**PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?**

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)  CalFresh  CalWORKs  FDIPIR **Número de caso:** \_\_\_\_\_  
 Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

**PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)**

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**. La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

**A. Ingresos de los menores**  
 En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)**  
 Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/ todos los demás ingresos	¿Frecuencia?			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente
	\$	<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>
	\$	<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"/>

Ingresos totales de los menores: \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  2 veces al mes  Mensualmente

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar:

Marque la casilla si no tiene SSN →

**PASO 4 Información de contacto y firma del adulto**

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección: \_\_\_\_\_ No. de departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono o correo electrónico: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario: \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.  
 Identidad étnica (marque una):  Hispano o latino  No hispano o latino | Raza (marque una o más):  Asiático  Indígena americano o nativo de Alaska  Negro o afroestadounidense  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

**NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

**Total Household Members**

**Total Household Income**

How often?  Weekly  Bi-Weekly  2x Month  Monthly  Yearly

**Annual Income Conversion**  
 Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

**Approved as:**  Free  Reduced-Price  Paid (Denied) Reason: \_\_\_\_\_

**Verified as:**  Homeless  Migrant  Runaway

Categorical  Error Prone

**Determining Official** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Confirming Official** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Verifying Official** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_