

**2023-2024 Solicitud para Alimentos gratis o a precio reducido del Distrito Escolar de Orchard** Llene una solicitud por familia

Lea las instrucciones incluidas con la aplicación de cómo aplicar. Por favor imprimir y utilizar una pluma. También puede solicitar en línea en ezmealapp.com. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Código de Educación de California Sección 49557(a): "Las solicitudes para alimentos gratis o a precio reducido podrán entregarse en cualquier momento del día escolar. Los niños participando en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no deberán ser identificados públicamente con premios/filas especiales, entradas o comedores separados ni de ninguna otra manera".**

**PASO 1 – INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

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.

Entre el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que atendera la escuela (Primer, Inicial Segundo Nombre, Apellido)	Entrar en nivel de grado y nombre de la escuela		Ingrese fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla aplicable si el estudiante es:			
<b>Ejemplo: Joseph P Adams</b>	<b>Lincoln Elementary</b>	<b>1st</b>	<b>12-15-2010</b>	Baja Cuidado adoptivo Temporal	Sin Hogar	Migrante	Fugado del hogar
				<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, or FDIPIR**

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDIPIR?

Si contestó **NO**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó <b>SÍ</b> , marque la casilla del programa pertinente, sáltese PASO 3 y vaya al PASO 4.	Select Program Type: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	Anote el número de caso:
---	---	--------------------------

**PASO 4 – INFORMACIÓN DEL CONTACTO Y FIRMA DEL 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 (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)**

<b>INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES:</b> En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos <b>BRUTOS TOTALES</b> (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 totales 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						
Escriba el nombre del resto de los miembros del hogar (Primer y Apellido)	Ingresos del Trabajo	Frecuencia	Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia	Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso	Frecuencia
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

<b>Todos Los Miembros del hogar</b> (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 aquí si no tiene SSN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Adulto que Llenó esta Forma:		
Nombre del Adulto que Llenó esta Forma:		
Fecha De Hoy: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	
Domicilio: <input type="text"/>		
Ciudad: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>
Correo Electronico: <input type="text"/>		

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION. SOLO ES PARA USO DE LA ESCUELA	
Conversión del Ingreso Anual: Semanal x52, Quincenal x26, Dos Veces al Mes x24, Mensual x12 ¿Cada cuando? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces almes <input type="checkbox"/> Mesual <input type="checkbox"/> Anual	Ingreso Total del Hogar <input type="text"/>
Total en la Familia <input type="text"/>	Aprobado Como: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Precio Reducido <input type="checkbox"/> Rechazado
	Verificado como: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Huido del Hogar
Personal que Determina:	Fecha: <input type="text"/>
Oficial que Confirma:	Fecha: <input type="text"/>
Oficial que Verifica:	Fecha: <input type="text"/>

OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ÈTNICA DE LOS NIÑOS
Es un requisito pedir la información de raza y etnicidad de los niños. La información es importante y ayuda a que aseguremos servir totalmente a nuestra comunidad. Esta información es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir alimentos gratis o a precio reducido.
<b>Etnicidad (marque uno):</b>
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<b>Raza (marque uno o más):</b>
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco

