Attachment IIIC
Temp Free Expires _____
45 Days

____F____R____D
2009-2010

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS O A PRECIOS REDUCIDOS

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones al reverso, complete este formulario, fírmelo y devuélvalo a la escuela. Complete una solicitud separada para cada hijo adoptivo.

PARTE 1: INFORMACIÓN ESTUDIANTIL

Nombres de los niños

Nombres de los niños (Apellido, Nombre)	Grado/Instructor	Escuela

PARTE 2: HIJO/A de CRIANZA: Complete esta parte y firme la solicitud en PARTE 6.

Si esta solicitud es a nombre de un hijo de crianza, indique con una marca en la casilla ☐
Escriba el ingreso personal que recibe su hijo/a adoptivo. Escriba un cero, "0", si su hijo no tiene ingreso monetario personal. $_____
Firme la solicitud en la PARTE 6. No llene las PARTES 3 y 4.

PARTE 3: CASAS DE FAMILIA QUE RECIBEN CUPONES DE ALIMENTOS O AYUDA TEMPORARIA A FAMILIAS NECESITADAS (TANF):

Someta a la escuela de su hijo o hija la Carta de Certificación Directa del Estado de Nueva York o llene esta parte. Firme la solicitud en la PARTE 5. Se requieren solicitudes separadas para aquellos niños en la misma casa que tengan un número de caso diferente o sin número de caso. Escriba el número de caso que esta en su carta de beneficios, **no es el número que esta en su tarjeta de beneficios**.

Cupones #: _____ TANF #: _____

PARTE 4: MIEMBROS DE LA CASA Y EL INGRESO TOTAL: Si usted no escribe el número de los Cupones de Alimentos o el número del TANF, llene las PARTES 4 y Firme en la PARTE 5.

INGRESO CORRIENTE

Necesita incluir la frecuencia de ingreso. Ejemplos: $100.29 semanalmente, $100.29 cada dos semanas, $100.29 dos veces al mes. $100.29 mensualmente

		INGRESO SIN DEDUCIONES			
Escriba los nombres de todas las personas de la casa Por ejemplo)		Ingreso sin Deducciones Cantidad / Frecuencia	Mantenimiento de familia, asistencia social, alimentos Cantidad / Frecuencia	Pensiones Seguro Social Retiros Cantidad / Frecuencia	Otras fuentes de Ingreso Cantidad / Frecuencia
1		$ /	$ /	$ /	$ /
2		$ /	$ /	$ /	$ /
3		$ /	$ /	$ /	$ /
4		$ /	$ /	$ /	$ /
5		$ /	$ /	$ /	$ /
6		$ /	$ /	$ /	$ /
7		$ /	$ /	$ /	$ /

PARTE 5: FIRMA:

Una persona adulta de la casa debe firmar la solicitud antes de ser aprobada por las autoridades escolares.

PENALIDAD POR FALSEDAD: Certifico que la informacion precedente es correcta y verdadera y que el número de identificación de los cupones de alimentos o del ADC/TANF es correcto o que todo el ingreso monetario ha sido declarado. Yo entiendo que la información es utilizada para la adquisición de fondos federales: que las autoridades escolares podrán verificar la información que aparece en esta solicitud y que al dar información falsa podría ser la causa de enjuiciamiento por las leyes estatales y federales, y que el niño puede perder beneficios de alimiento.

_____ _____ ___ ___ ___-___ ___-___ ___ ___ ___ ___
Firma de una Persona Adulta | Fecha | Número de Seguro Social

(Si este adulto no tiene un número de Seguro Sociol, escriba la palabra "NINGUNO")

_____
Teléfono de la casa | Teléfono del trabajo | Dirección

Número de Seguro Social: Si parte 4 de este formulario esta completo, el adulto que firmó el formulario tiene que poner su número de seguro social.

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA – SOLAMENTE POR USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion: Weekly X 52; Every 2 Weeks x 26; Twice a Month X 24; Monthly X 12

_____*Food Stamp, ACD/TANF, Foster Child*
_____*Income Household: Total Household Income/Frequency:* _____/_____ *Household size:* _____

Application APPROVED for: _____ *Free Meals OR* _____ *Reduced Meals*
_____ *Free Meals, Expires:* _____

Application DENIED because: _____ *Income over allowed amount*
_____ *Incomplete / Missing* _____
_____ *Other:* _____

Date Notice Sent: _____ ***Signature of Reviewing Official:*** _____ ***Date:*** _____