

LAKE TAHOE UNIFIED SCHOOL DISTRICT
1021 Al Tahoe Boulevard, SLT, CA 96150

**SOLICITUD PARA ENTRADA GRATUITA DE TRANSPORTE
Y LA DE PRECIO REDUCIDO DE TRANSPORTE
2008-2009**

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA
AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN ESTA SECCION :

| FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION | | | | | |
|--|-------------------|-------------|----------------------------|------------------------------|--|
| HOUSEHOLD SIZE: | HOUSEHOLD INCOME: | YEAR TRACK: | | | |
| FREE WITH: FS / CALWORKS / KIN-GAP / FDPPIR | | | DIRECT CERTIFIED AS: H M R | | |
| FREE: | REDUCED: | DENIED: | 2 ND REVIEW: | EP: <input type="checkbox"/> | |
| TEMPORARY FREE UNTIL (45 DAYS FROM DATE OF DETERMINATION): | | | | | |
| DETERMINING OFFICIAL: | | | | DATE: | |
| VERIFICATION OFFICIAL: | | | | DATE: | |

| INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS | | | ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOSFDPPIR | | NIÑOS ADOPTADOS FOSTER | | FOR SCHOOL USE ONLY |
|----------------------------------|----------------|------------------------|--|--|------------------------|--|---------------------|
| APELLIDO | NOMBRE PRIMERO | ESCUELA (N/A, NINGUNA) | SI/ NO | ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO FS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPPIR | SI/ NO | ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL MENSUAL DEL NIÑO | STUDENT ID |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |

SECCION B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKS, Kin-GAP, o FDPPIR, POR **CADA NIÑO**, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, **NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C.** Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el numero del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.

| APELLIDO PRIMER NOMBRE | SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS | PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL | BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO | CUALQUIER OTRO INGRESO | FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME |
|------------------------|---|--------------------------------------|---|------------------------|--|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado /a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

| | | | |
|--|---------------|---|-------|
| FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA | | TELEFONO | FECHA |
| IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION | | ESCRIBA SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#) AQUI, O ESCRIBA «NONE» SI USTED NO TIENE UNO | |
| DOMICILIO | | | |
| CIUDAD | CODIGO POSTAL | TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR | |

SECCIÓN D. IDÉNTIDADES ÉNICOS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales: Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacifico Blanco
2. Apunté un identidad étnico: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico

Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad