

LAKE TAHOE UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS  
 Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS  
 EN AÑO 2011-12**

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA  
 A LA ESCUELA

FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION			
HOUSEHOLD SIZE:	HOUSEHOLD INCOME:	APP #	
FREE WITH: FS / CALWORKS / KIN-GAP / FDPIR			
FREE:	REDUCED:	DENIED:	EP: <input type="checkbox"/>
TEMPORARY FREE UNTIL (45 DAYS FROM DATE OF DETERMINATION):			
DETERMINING OFFICIAL:			DATE:
VERIFICATION OFFICIAL:			DATE:

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

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOSFDPIR		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 FDPIR	SI/ NO		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 FDPIR, 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 FDPIR. 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
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 participan 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.

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas CalFresh, Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con ciertos programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas de los programas.

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		Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: ___/___/___/___	
		<input type="checkbox"/> No tengo número de Seguro Social	
DOMICILIO PARA CORREO			
CIUDAD	CODIGO POSTAL	TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR	

1. Apunté uno o mas identidades raciales:  Indígena Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano-Americano  Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacífico  Blanco

2. Apunté un identidad étnico: (Opcional)  De origen Latino o Hispánico  No de origen Latino o Hispánico

**Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad.**