



SOLICITUD PARA LOS MIEMBROS DE SU HOGAR PARA ALIMENTO GRATUITO Y A PRECIO REDUCIDO 2011-2012

INSTRUCCIONES
bolte la pajina

- Si usted recibió una **Notificación de Certificación Directa para cada niño para el año escolar 2011-2012, NO** complete esta solicitud
- Si esta aplicando basándose en **INGRESOS**, complete las partes 1, 2, 5 y 6 de esta solicitud. **DEVUELVA SOLAMENTE UNA SOLICITUD POR FAMILIA**
- Si esta aplicando para un **NIÑO EN CUSTODIA**, Complete la sección 1, 2, y 6 de esta solicitud. Si no los niños de custodia temporal son también parte de la familia, complete las secciones 1, 2, 5 y 6
- Si su hogar recibe **ESTAMPILLAS DE ALIMENTO** o TANF, Complete las secciones 1, 2, 3, y 6 de esta solicitud

Complete, el firme, y devuelva la aplicación a su administrador de la cafetería, el correo arriba, o visitar nuestra oficina en T.C. Williams. Llámenos si usted necesita ayudar completar esta forma.

1 **INFORMACIÓN DEL HOGAR – Favor de escribir con letra de molde el nombre del ADULTO que completa esta solicitud**

Apellido		Primer Nombre		Teléfono de Casa ()	
Dirección				Teléfono del Empleo ()	
Ciudad		Estado	Código Postal		
E-mail		Teléfono Celular ()			

Esta permitido que Servicios de Alimentación y Nutrición compartan la información en esta solicitud con Medicaid y el Programa del Seguro de Salud de los Niños de Virginia (FAMIS) Marque esta casilla si usted no desea que esta información sea compartida. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo(a) para recibir alimento gratuito o a precio reducido.

OFFICE USE ONLY

Total household: _____
Size: _____ Income: \$ _____
 W E2W M 2xM Y
Processing official: _____
Date approved/denied: _____
Approved: F R D
Denied Reason: Income Incomplete
Temporary Expires: _____
Reviewing official: _____

2 **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE y DEMÁS NIÑOS EN EL HOGAR - Favor de escribir con letra de molde (exactamente como aparece en el récord escolar)**

	Apellido	Primer Nombre	Edad	Grado	Nombre de la Escuela En ACPS	niño en custodia*	recibe TANF/SNAP**	Ingresos bruto del Estudiante	No Escribir si \$0
1.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
2.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
3.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
4.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
5.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
6.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año
7.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año

*Si el estudiante (s) que solicita es un HUIJO DE CRIANZA, quien es la responsabilidad de una agencia de bienestar o el tribunal, se encuentra arriba de la caja, baya a la línea 6. Si hay otros estudiantes en el hogar que no son hijos de crianza, completa la parte 3 o ir a la parte 5 si nadie en el hogar recibe beneficios de SNAP/TANF.
** Si algún miembro del hogar recibe TANF / SNAP, se encuentra arriba de la caja, baya a la seccion 3.

Niños

3 **SNAP or TANF:** Si algún miembro de su familia recibe beneficios de TANF/SNAP, escriba el nombre de la persona y el número de caso, por debajo
Nombre: _____ Escriba 7-digitos el numero de caso de TANF/SNAP: _____ vaya a la seccion 6

4 Si el niño por el cual esta aplicando no tiene hogar, es hijo de un trabajador ambulante, o se ha fugado de casa, marque la casilla apropiada y llame a la escuela para hablar con el coordinador encargado.
 No Tiene Hogar Hijo de un Trabajador Ambulante (hogar temporal) Se ha Fugado de Casa **Complete las secciones 1, 2, 4 y 6**

5 **MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR e INGRESO – Escriba los nombres de TODOS LOS ADULTOS del hogar (incluyendo la personal en la parte 1). Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones). Marque cada cuando reciba su pago.**

	Apellido	Primer Nombre	Edad	1st Empleo	2nd Empleo	Asistencia Social, Sustento del Niño, Pensión	Jubilación, Retiro, Seguro Social	Cualquier otro Ingreso (bolte la pajina)	Marque si NO hay ingresos
1.				\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/>
2.				\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/>
3.				\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/>
4.				\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> 2 veces al Mes <input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/>

Adultos

6 **FIRMA, FECHA, NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** Un adulto debe firmar la solicitud y proporcionar los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social o marcar el bloque si no tiene uno, antes de que la solicitud pueda ser aprobada. (Vea el Acta de Privacidad al dorso)
SANCIÓNES POR FALSEDAD: Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que doy. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firma del Miembro Adulto del Hogar	Fecha	Número de Seguro Social <small>últimos cuatro dígitos del adulto que firma la solicitud</small> X X X - X X -	Marque AQUI si la persona que firma no tiene un número de seguro social <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------	--	---