

# Solicitud Familiar del 2019-2020 para Comidas Gratis y a Precio Reducido Barrow County School System

Favor de usar bolígrafo o pluma (y NO use lápiz). Rellene Ud. solamente una solicitud para toda su familia.

1

Enumere TODOS los miembros de la familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12mo. grado (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Un Miembro de familia es: "cualquier persona que viva con Ud. y que comparta los gastos e ingresos, aún si no es pariente."  
  
Los hijos adoptivos o de crianza y los sin hogares, migrantes, o de fuga son elegibles para recibir comidas gratis. Lea Ud. las instrucciones para obtener más información.

| Primer Nombre del Niño | Inicial del Segundo Nombre | Apellido del Niño | Fecha de Nacimiento<br>M M D D A A | Estudiantes ID # | ¿Estudiante?             |                          | Hijo de Sin hogar, Migrante, Crianza En Fuga |                          |
|------------------------|----------------------------|-------------------|------------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
|                        |                            |                   |                                    |                  | Si                       | No                       | Si   | No                       |
|                        |                            |                   |                                    |                  | <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"/> |
|                        |                            |                   |                                    |                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/> |

Marque todo lo que aplique

2

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, FDPIR? Marque a continuación la casilla correspondiente.

SNAP  TANF  FDPIR

Si usted NO marcó ninguna de las casillas a la izquierda, complete la Sección 3.

Si marcó una de las casillas a la izquierda, proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios y luego vaya a la sección 4. (NO llene la SECCIÓN 3)

Número de Caso:

3

Reporte los Ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta es "SI" en la SECCIÓN 2)

### A. Ingresos del Niño

A veces los niños en el hogar tienen ingresos. Por favor incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los Miembros del Hogar de la SECCIÓN 1 aquí.

Ingresos del Niño   
Llene el Círculo  
¿Con cuánta frecuencia?  
 Mensual  Una semana sí y otra no   
 Semanal  Dos veces al Mes

### B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)

Lista de todos los miembros del hogar que no figuran en la Sección 1 (incluyéndote a ti mismo) incluso si no reciben ingresos. Para la lista cada miembro del hogar, si reciben ingresos, reportar el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no lo hacen reciben ingresos de cualquier fuente, marque la casilla de verificación sin ingresos, Si marca la casilla sin verificación de ingresos, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar.

Por favor, lea Cómo Aplicar de forma gratuita y Precio reducido Comidas para más información. la Fuentes de ingresos para Sección de Niños hará ayudarle con el Niño Pregunto sobre la Renta. la Fuentes de ingresos para Sección de adultos ayudará que con el Todo adulto Miembros de la Familia sección.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y Apellido) | Marque la casilla si no hay ingresos | Ingresos por Empleo  | Llene el Círculo   |  |  | Asistencia Pública/Manutención Infantil/Pensión Conyugal | Llene el Círculo   |  |                      | Pago de Pensiones/Retiro/ Otros ingresos   | Llene el Círculo   |  |  |
|--|--------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|
|  |                                      |                      | ¿Con cuánta frecuencia?  | ¿Con cuánta frecuencia?  | ¿Con cuánta frecuencia?  |  | ¿Con cuánta frecuencia?  | ¿Con cuánta frecuencia?  |                      |  |  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/>             | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/>                                     | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes |  |  |
|  | <input type="checkbox"/>             | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/>                                     | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes |  |  |
|  | <input type="checkbox"/>             | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/>                                     | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes |  |  |
|  | <input type="checkbox"/>             | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/>                                     | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes | <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Una semana sí y otra no <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Dos veces al Mes |  |  |

ESCRIBA EL NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR AQUÍ (Pasos 1+3)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar: \* \* \* - \* \* -

Marque aquí si no tiene SSN

4

Información de Contacto y Firma del Adulto

\*Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información está siendo proporcionada en conexión con el recibo de fondos federales y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Estoy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo pudiera ser penalizado bajo las leyes estatales y federales correspondientes\*.

Dirección  Ciudad  Código postal  Teléfono

ESCRIBA AQUÍ  
Nombre del adulto que rellene este formulario en letra de molde

FIRME AQUÍ  
Firma del adulto que rellena este formulario

Fecha de hoy

Correo Electrónico

Etnicidad/Raza de los Niños (opcional): Seleccione una etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino Seleccione uno o más (sin importar la etnicidad):  Blanco  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo Americano o de Alaska  Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico

Regresar a la cafetería de la escuela o por correo a la Child Nutrition Program; 179 W. Athens St., Winder, GA 30680