

**OAKDALE JOINT UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS  
Y A PRECIOS REDUCIDOS  
EN AÑO 2011 - 2012**

COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA

A LA ESCUELA - Una solicitud por familia  
**HABLAMOS ESPAÑOL – téléphone 209.847.9666**

**SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR QUE VIVEN  
EN LA CASA DEBEN SER INCLUIDOS ESTA SECCION**

FOR SCHOOL USE ONLY – ELIGIBILITY DETERMINATION			
HSE HLD SIZE:		HSE HLD INCOME: \$	
FREE:	REDUCED:	DENIED:	EP:
FS/CalWORKs/FDPIR:		DIRECT:	Date:
TEMPORARY FREE UNTIL: (45 calendar days)			
DETERMINING OFFICIAL:			DATE:
VERIFICATION OFFICIAL:			DATE:
Copies made:	Site(s) notified:	AERIES entered:	Date letter sent:

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS		ESTAMPILLAS DE COMIDA FS, CalWORKs, o BENEFICIOS FDPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER		Nombre De Escuela ninguna	School Use only  Student's Id number
Apellido	Primer Nombre	SI/NO	Respuesta SI, Escriba el No. FS, CalWORKs, o BENEFICIOS FDPIR	SI/NO	Respuesta SI, escriba el Ingreso personal mensual del niño		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

**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, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicacion es para niño foster, y Ud. Indico ingreso personal del  
niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C**

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibio el ultimo mes. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta seccion si tiene para cada niño de la seccion el numero del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, o FDPIR. Firma la aplicacion en la seccion C. Tambien incluya todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o incompleto de trabajo, SSI, o asistencia de adopcion.

Apellido	Primer Nombre	Sueldos de trabajos (antes de las deducciones) incluya todos los trabajos	Pensiones, Jubilacion, 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.						
5.						

**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 fechas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados o otra forma de discriminación.

**El 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, FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el Seguro Social del adulto de la casa quien firma la aplicación o indicar que el miembro del la casa firmando la aplicación no tiene un numero de seguro social. No es obligatorio dar el seguro social, pero si no se da un numero de seguro social o no se indica que el que firma no tiene tal numero, la aplicación no puede ser aprobada. El numero de seguro social puede ser usado para identificar el miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la aplicación. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de cuentas, y investigaciones y pueden incluir contacto con la oficina de empleos para determinar ingreso, beneficios, contacto con la oficina del estado de empleo seguro para determinar la cantidad de beneficios recibidos y para averiguar la documentación producida de los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibida. Estos esfuerzos pueden resultar en pérdida o rebajo de beneficios, reclamo de administración o acciones legales si se reporta información incorrecta.

**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 enjuicido/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.**

Firma de Adulto miembro del hogar quien llena esta	Teléfono	Fecha
Imprima el nombre del adulto que firma esta aplicación	Numero de (escriba ninguno si no tiene) Seguro Social	
Domicilio	Ciudad	Codigo

**™ SECCION D. PREGUNTAS RACIALES Y ETHNICAS DE NIÑO(S) ES VOLUNTARIA**

Indio Americano o nativo de Alaska	Hispano	Negro – no Hispano	Anglo-no de origen Hispano	Asiatic o de Islenos Pacificos
------------------------------------	---------	--------------------	----------------------------	--------------------------------