

Solicitud de Almuerzo Gratis o Reducido

Certifico (prometo).....

que toda la información que se proporcionará en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos serán reportados.

Su Nombre

Confirme su nombre como la persona que firma esta solicitud.

Primer Nombre _____

Apellido _____

Fecha _____

Números de casos del hogar

Ingrese el número de caso del hogar (si corresponde) para el cual está solicitando beneficios de comidas. **SI INGRESA INFORMACIÓN DE SNAP O TANF, NO NECESITA INGRESAR EL INGRESO FAMILIAR NI LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.**

- El hogar recibe beneficios de SNAP. Número de caso _____
- El hogar recibe beneficios de TANF. Número de caso _____
- Recibe beneficios de FDPIR. Número de caso _____
- El hogar no recibe dichos beneficios. (basado en los ingresos del hogar)

Datos del Domicilio

Ingrese su información de contacto para que podamos comunicarnos con usted en caso de que haya algún problema con su solicitud. Esta información es opcional, pero le recomendamos encarecidamente que la proporcione.

Dirección _____

Línea de dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Información del Estudiante

Indique todos los estudiantes que actualmente asisten a las Escuelas Públicas de Denver que participan en los Programas Nacionales de Almuerzo Escolar y Desayuno Escolar.

Información del estudiante: agregar estudiante

Ingrese la información del estudiante a continuación. Por favor, rellene tantos campos como sea posible.

Agregar estudiante a la aplicación:

Primer Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Sufijo _____

Fecha de nacimiento (por ejemplo, 31/01/2011) _____

Género:

- Masculino
- Femenino

Hijo adoptivo:

- Si
- No

Número de estudiante _____

Escuela _____

Nivel de grado _____

¿Se considera a este niño sin hogar, migrante o fugitivo?

Si cree que su hijo cumple con esta descripción, marque la casilla Sin hogar, Migrante o Fugitivo y complete todos los pasos de la solicitud y comuníquese con el Enlace para personas sin hogar de las Escuelas Públicas de Denver al 720-423-1980 o el Enlace para inmigrantes al 303-365-5817.

Personas sin hogar: si su grupo familiar no tiene una dirección permanente, o si permanecen juntos en un refugio, hotel u otro arreglo de vivienda temporal, DEBE comunicarse con nuestro enlace para personas sin hogar de las Escuelas Públicas de Denver al 720-423-1980. Migrante: NO marque si es Inmigrante. Un Migrante es un Trabajador Temporal de Temporada en la Agricultura. Si marca la casilla como Migrante, comuníquese con nuestro enlace de Migrantes al 303-365-5817. Fugitivo: si marca Fugitivo, DEBE comunicarse con nuestro enlace para personas sin hogar de las Escuelas Públicas de Denver al 720-423-1980.

Información del niño: Agregar niño

Ingrese la información del niño a continuación. Por favor, rellene tantos campos como sea posible.

Agregar niño a la aplicación

Primer Nombre _____

Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Sufijo _____

Fecha de nacimiento (por ejemplo, 31/01/2011) _____

Género:

Masculino

Femenino

Hijo adoptivo:

Si

No

Información del firmante de la aplicación

Ingrese su información, como padre/tutor o adulto responsable del hogar miembro que firmará esta solicitud. Por favor llene tantos campos como sea posible.

Su Nombre

Ingrese su nombre, como la persona que firma esta solicitud, certifico que soy un adulto en el hogar donde residen los estudiantes que figuran en esta solicitud.

Primer nombre _____

Apellido _____

Su número de Seguro Social

Últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social (SSN) _____

NO Tengo Número de Seguro Social

Información del hogar: Editar miembro del hogar

Ingrese su información, como padre/tutor o adulto responsable del hogar Fecha de nacimiento (por ejemplo, 31/01/2011) miembro que firmará esta solicitud. Por favor llene tantos campos como sea posible.

Primer Nombre _____

inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Sufijo _____

Agregar Ingresos de los Miembros del Hogar

Cantidad de ingresos _____

Frecuencia (elegir):

- Semanalmente
- Cada 2 semanas dos veces al mes
- Mensual
- Anualmente

Fuente (elegir):

- Ganancias del trabajo
- Pensión de Asistencia Pública / Jubilación / IRA Varios /
- Otro
- Manutención de los hijos Pensión alimenticia Intereses del Seguro Social (ahorros, bonos, certificados de depósito) Dividendos /
- Desempleo

Información Adicional

Recibirá un correo electrónico de confirmación de que se recibió su solicitud. La solicitud del beneficio de comidas se procesará dentro de los diez días hábiles y la carta de estado de elegibilidad del beneficio de comidas se enviará a la dirección de correo electrónico que proporcione a continuación.

Información de contacto adicional

Información de contacto adicional

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono Principal _____

Teléfono secundario _____

Compartir información sobre el estado del beneficio de comidas gratis o a precio reducido con los programas escolares/del distrito La información provista en esta solicitud se usará

La información provista en esta solicitud se usará junto con los programas educativos estatales y se puede compartir con las oficinas de Medicaid o del Programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP) para buscar la inscripción de niños en los programas anteriores. Además, si sus estudiantes son elegibles para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, esta información puede compartirse con la escuela/distrito con el fin de eximir de ciertas tarifas del programa de la escuela/distrito que, de otro modo, su(s) hijo(s) tendría(n) que pagar.

La escuela/distrito no tiene permitido compartir su información con nadie más. No está obligado a dar su consentimiento para la divulgación de su información; esto no afectará la elegibilidad de su(s) estudiante(s) para las comidas escolares. Su información será compartida a menos que haga clic en "No".

¿Permitir que mi distrito comparta mi información con el programa SCHIP?

- Si
- No

¿Permitir que mi distrito comparta mi información con el programa SAT/ACT/ib?

- Si
- No

¿Permitir que mi distrito comparta mi información con el programa de atletismo?

- Si
- No

¿Permitir que mi distrito comparta mi información con el programa Balarat?

- Si
- No

Etnicidad (Opcional)

Ingrese cualquiera/todas las identidades étnicas de sus hijos. **Esta sección es opcional.**

Elige uno de los siguientes:

- Hispano / latino
- No hispano/latino

Elija cualquiera de los siguientes que correspondan (independientemente de la elección anterior)

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico