

Formulario de solicitud de elegibilidad del hogar 2022-2023 (SOLO PARA COMIDAS)

SOLICITUD PARA LECHE/COMIDA GRATUITA Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO: Complete una solicitud por hogar por distrito escolar.

Instrucciones al dorso.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

1. Todos los miembros del hogar (anexe otra hoja de papel si es necesario).

SY22-23 HEA

Comprobar si la solicitud es propensa a errores

Table with columns for member names, birth dates, school names, IDs, grades, and SNAP/TANF status. Includes a 'Verificar si se trata de un/a niño/a de acogida' checkbox.

**** IMPORTANTE! INDIQUE EL NUMERO TOTAL EN EL HOGAR **** * Un/a niño/a de acogida es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar o un tribunal.

2. Sin hogar, migrante, fugitivo o Head Start (categóricamente elegible)

Sin hogar Migrante Fugado Head Start

Firma del enlace con personas sin hogar, coordinador de migrantes o director de Head Start de su escuela

Fecha

3. Ingreso bruto total del hogar (antes de deducciones) Debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

Table for reporting household income with categories: A. Ingresos del trabajo, B. Bienestar/manutención infantil, C. Pensiones/jubilación, D. Indemnización por accidente de trabajo.

*** No indique la frecuencia como "anual" a menos que sea trabajador autónomo. Si trabaja por cuenta propia, debe escribir "trabajador por cuenta propia" junto a la frecuencia 7

4. Firma y Número del Seguro Social (un adulto debe firmar)

Un adulto miembro del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Parte 3, el adulto que firme el formulario también debe indicar los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un Número del Seguro Social".

X X X - X X - _____
Número del seguro social

No tengo un Número del Seguro Social.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (constatar) la información. Entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder beneficios de comida y yo puedo ser procesado.

Fecha

Nombre en letra de imprenta del miembro adulto del hogar

Firma del miembro adulto del hogar

5. Información de contacto (Opcional)

Mejor número de teléfono de contacto

Dirección de correo electrónico

Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)

6. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:

Hispano/Latino
 No es hispano / latino

Marque una o más identidades raciales:

Asiático Negro o afroamericano
 Blanco Indígena americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

- LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA -

RECEIVED INCOMPLETE AT SSC, RETURNED TO SCHOOL _____
DATE RECEIVED COMPLETE AT SSC FOR PROCESSING _____

DETERMINACIÓN INICIAL

INGRESO TOTAL \$ _____ Por: Semana Quincena Dos veces al mes mes Año MIEMBROS DE LA FAMILIA: _____ CAMBIO EN LA SITUACIÓN: _____ Fecha _____

Las LEA sólo deben anualizar los ingresos cuando se declaren ingresos múltiples, con frecuencias variables.

Conversión de ingresos anuales Semanal X 52 Quincenal X 26 Dos veces al mes X 24 Mensual X 12

Gratis por:

sin hogar
 migrante
 fugado
 Head Start

SNAP o TANF
 niño/a de acogida
 ingresos del hogar

Reducido por:

ingresos del hogar

Rechazada--razón:

ingreso demasiado alto
 solicitud incompleta
 SNAP/TANF que no cumple los requisitos

Fecha del retiro: _____

Firma del funcionario que toma la decisión _____

Fecha: _____