Para procesar su solicitud más rápido, solicite EN LÍNEA en www.myvolusiaschools.org

2016 - 2017 Escuelas del Condado de Volusia
Solicitud de Familia Para Recibir Alimentos Gratuitos y a Precios Reducidos

USTED SERA RESPONSABLE POR EL PAGO DE LAS COMIDAS HASTA QUE SU SOLICITUD SEA APROBADA
USE TINTA NEGRA. ESCRIBA CLARAMENTE. FAVOR DE LLENAR UNA SOLICITUD POR CADA FAMILIA
Lea las instrucciones encendido detrás antes de llenar la solicitud.

1 ESTUDIANTES -

Escriba los nombres de todos los estudiantes que asisten a las Escuelas del Condado de Volusai y que viven con usted.
Si todos los estudiantes son de crianza, marque este cuadro y vaya a la parte 5

Apellido	Primer Nombre	Segundo	"X" si niño bajo crianza temporal	Fecha de Nacimiento	Escuela	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	Ingresos Brutos De Los Estudiantes No escriba los ingresos de adultos aquí: Marque si no recibe ingreso	$	Semanal (S)	Quincena (Q)	2 x por mes (D)	Mensual (M)
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M
			☐				☐	$	S	Q	D	M

2 SNAP Y TANF

Si cualquier miembro de su casa recibe SNAP o TANF beneficios, escriba el nombre y número de caso para la persona que recibe beneficios y vaya a Parte 5.

Nombre: _____ SNAP o TANF Case # _____ (Vaya a la parte 5)

3 SIN HOGAR, MIGRANTE, O HA ABANDONADO SU HOGAR

Si el niño para quien usted está llenando esta solicitud es un niño sin hogar, migrante o un niño que ha abandonado su hogar, marque la casilla apropiada y llame a su escuela, o al enlace para a los estudiantes sin hogar, a Pam Woods al teléfono (386) 734-7190, Daytona Beach (386)-255-6475, New Smyrna (386)427-5223, Michelle Rossie, Office Specialist Migrant Services, Daytona Beach (386)-255-6475, New Smyrna (386)427-5223, ext. 22669

☐ Sin Hogar
☐ Migrante
☐ Ha Abandonado Su Hogar

4 INGRESOS -

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE los nombres y los ingresos (Usted debe decirnos las cantidades y las veces que lo reciben) de todos los adultos y niños que viven en su hogar - ya sean familiar / pariente o no.
Omita esta parte si usted receibe los Cupones para alimentos o TANF. Solamente las famillas que trabajan por cuenta propia, son migrantes o trabajadores de temporada pueden declarar ingresos anuales.

Nombre (Escriba los nombres de las personas en su hogar, No incluya los estudiantes anotados en la parte 1) Apellido	Nombre	Marque si no recibe ingreso	Ingresos brutos antes de las deducciones 1er trabajo $	Semanal (S)	Quincena (Q)	2 x por mes (D)	Mensual (M)	Anuales* (A)	Asistencia Pública, sustento de menores, pensión de divorcio $	Semanal (S)	Quincena (Q)	2 x por mes (D)	Mensual (M)	Anuales* (A)	Pensiones, pensiones de retiro/jubilación, Ingresos de Seguro Social $	Semanal (S)	Quincena (Q)	2 x por mes (D)	Mensual (M)	Anuales* (A)	Ingresos del 2do trabajo o cualquier otro ingreso $	Semanal (S)	Quincena (Q)	2 x por mes (D)	Mensual (M)	Anuales* (A)
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A
		☐	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A	$	S	Q	D	M	A

TOTAL DE MIEMBROS EN EL HOGAR (INCLUYA LOS ESTUDIANTES EN PARTE 1) ☐☐

5 FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO TIENE QUE FIRMAR ANTES QUE LA SOLICITUD PUEDA SER APROBADA)

Un miembro adulto deberá firmar esta solicitud. Si completa la Parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos 4 dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla que indica que no tiene número de Seguro Social. Prometo 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 yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente bajo las leyes estatales y federales.

☐☐ / ☐☐ / 2 0 1 ☐ Fecha

x _____ Firma del Miembro Adulto del Hogar

_____ Escriba en Letra de Molde el Nombre

_____ Escriba en Letra de Molde el Apellido

X X X - X X - ☐☐☐☐ Ultimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social

☐ No tengo un número de seguro social

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

_____ Correo electronico (ESCRIBE CLARAMENTE)

☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ Teléfono del Hogar

☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐☐ Teléfono del Trabajo

Declaración sobre la ley de privacidad

Esto le explicará cómo usaremos la información que usted nos aporta. La ley sobre el almuerzo escolar, conocida como la Richard B. Russell National School Lunch Act, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que facilitar la información, sin embargo si no la provee, no podremos aprobar alimentos gratis o a precio reducido para su hijo(a). Deberá incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta del hogar de quien firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del número de seguro social en las siguientes situaciones: si solicita de parte de un niño de crianza temporal (foster), si tiene un número de caso del programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP), o del programa para las familias con necesidad de asistencia temporal (TANF), si tiene un número de caso para el programa de distribución de alimentos en una reserva de indios (indígenas) (FDPIR) o cualquier otra afiliación FDPIR de parte de su hijo(a), o si usted indica que el miembro adulto del hogar quien firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo(a) tiene derecho para recibir los alimentos gratis o a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información sobre su derecho al programa de alimentos escolares con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar, o determinar beneficios para esos programas, auditores para las revisiones de programas y los funcionarios responsables por la aplicación de la ley con el objetivo de ayudarlos examinar violaciones de las reglas del programa.

6 IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE ESTUDIANTES (OPCIONAL)

MARQUE UNA O MÁS DE LAS IDENTIDADES RACIALES:

☐ Asiático
☐ Blanco
☐ De la Raza Negra o Afro-Americano
☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
☐ Hawaiano o de otra isla del Pacífico
☐ Otro

MARK ONE ETHNIC IDENTITY:

☐ Hispano / Latino
☐ No Hispano ni Latino

Declaración de No-Discriminación: "De conformidad con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Adjudication (Oficina de Adjudicación), 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame gratis al (866)-632-9992 (Voz). Individuos con discapacidades auditivas o del habla pueden contactar al USDA por medio del Servicio de Relevo Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español).El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades."

DO NOT WRITE IN THIS AREA
6994107679