

McClave School 2018-2019 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten McClave School (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento						Grado	Niño de Acogida	Head Start	Fugitivo Sin Hogar	Migrante
			M	M	D	D	A	A					

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

Número de caso SNAP	Número de caso TANF	Número de caso FDPIR
---------------------	---------------------	----------------------

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

A. Ingresos del estudiante

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

¿Con qué frecuencia?

Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombres de todos los otros miembros del hogar
(Nombre y apellido)

Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/ Manutención de hijos/Manutención de cónyuge	¿Con qué frecuencia?					Pensiones/Jubilación/ cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?				
	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ [][][][]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (Estudiantes y adultos de los pasos 1 y 3) [][]

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o marque 'NO SSN' SOLO si completó el Paso 3B. XXX-XX-[][][] Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa McClave School PO Box 1 McClave, CO 81057

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

Dirección postal o PO Box		# Apt o # Lote	Ciudad	CO	Código postal	Dirección de correo electrónico
Teléfono		FIRMA del miembro adulto del hogar			Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta	
					Fecha de hoy	

PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. Además, si sus estudiantes califican para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, esta información puede ser compartida con la escuela/distrito con el propósito de eximir del pago de ciertos costos del programa de la escuela/distrito que su hijo(a) podría estar obligado a pagar. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información; esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. Su información **SERÁ** compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación

NO compartan mi información con Medicaid/SCHIP programas

Ver atrás de la aplicación

OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

Tenemos que pedir información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Etnica (marque una): Hispano o latino Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

NEED HELP BUYING GROCERIES?

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

Food Resource Hotline

CALL US TODAY!

STATEWIDE, TOLL-FREE

855-855-4626

METRO DENVER

720-382-2920

¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

¡LLÁMENOS HOY!

LÍNEA ESTATAL

855-855-4626

METRO DENVER

720-382-2920




HungerFreeColorado.org



Colorado PEAK es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite coloradopeak.force.com

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12

Application Type:

Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____
 Household Income Frequency - Weekly Bi-Weekly 2x/Month Monthly Annually

Categorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF Foster
 Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:

Approved - Free Reduced

Denied - Over Income Guidelines Incomplete/Missing: _____

Notes: _____

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: