EVERGREEN SCHOOL DISTRICT
Child Nutrition Services
APLICACIÓN para COMIDAS GRATIS y PRECIOS REDUCIDOS
2009-2010

Por favor complete la aplicación de al reverso, firmela, y regresela a la escuela de su hijo. Para instrucciones adicionales, refierase a la *Letter to Households* que esta aderida a esta forma. Esta aplicación no puede ser procesada sin la siguiente información:

- El nombre del niño o niños para quien esta aplicando para beneficios de comidas gratis o precios reducidos,
- Los nombres e ingresos de todos los demas miembros del household,
- La firma de el padre o tutor del niño, y
- El número del Seguro Social de la persona que firma la aplicación. Si la persona que firma la aplicación no tiene número del seguro social, escriba "none" en el espacio dado.

TODOS LOS HOUSEHOLDS: *LEAN ESTA SECCIÓN*

Privacy Act Statement
"The Richard B. Russell National School Lunch Act" requiere de la información de esta aplicación. No es obligación dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para comidas gratis o precios reducidos. Debe incluir el número de seguro social del adulto miembro del household que firma la aplicación. El número de seguro social no es requerido cuando esta aplicando para un niño Foster o en caso de que su hijo tenga número de Food Stamp, California Work Opportunity (CalWORKs), Kinship Guardian Assistance Payment (Kin-GAP), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) u otro identificador de FDPIR o cuando usted indica que el adulto miembro del household que firma la aplicación no tiene número del seguro social. Nosotros utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratis o precios reducidos, y para administración y aplicación de los programas de comidas y desayunos.

De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura de U.S., esta institución tiene prohibido
Discriminar en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para presentar una demanda por discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o hable al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TTY).
USDA es una oportunidad igualitaria de proveer y emplear.

FOR CNS DEPARTMENT USE ONLY ELIGIBILITY DETERMINATION		
HOUSEHOLD SIZE		
HOUSEHOLD INCOME		
DETERMINING OFFICIAL		
DETERMINING DATE		
Direct Certified as:	H M R	
___ FREE	___ REDUCED	___ DENIED

Categorically FREE Eligible from (circle): Food Stamps CalWORKS Kin-GAP FDPIR **ZERO INCOME** - **TEMPORARY FREE UNTIL**_____ (45 calendar days from date of this determination)	
2nd Review	
Error Prone	
VERIFICATION OFFICIAL	
FOLLOW – UP	
Verification Notes:	

Notes:

APLICACIÓN para **COMIDAS GRATIS** y **PRECIOS REDUCIDOS** o **LECHE GRATIS** por **el AÑO ESCOLAR 2009-2010**

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS: Escriba los nombres de todos los niños en su household asistan o no a una escuela.
Indique si los niños reciben beneficios de Food Stamps, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR.

Apellido	Nombre	Número del Seguro Social (SSN) (Opcional)	Fecha de cumpleaños (Opcional)	Escuela actual (escriba "none" si no asiste)	Grado	Ingresos Recibidos por niño o Escriba "0" si No Tiene	Food Stamp, CalWORKs, KinGAP, o FDPIR Case #	PARA USO EXCLUSIVO DE CNS DEPARTMENT Student ID #
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						
		/ /						

INFORMACIÓN DE NIÑO ADOPTADO: Si esta aplicación es para un niño adoptado, escriba el nombre del niño e ingreso de uso personal, firme y coloque la fecha en la aplicación.

Apellido:	Nombre:	ID del estudiante:	Escuela:	Ingreso uso personal: $

SECCION B: Enliste todos los miembros del household, sin importar si tiene o no ingreso. Indique la cantidad y la fuente del ingreso mensual que cada miembro recibio el mes pasado. Si la cantidad del mes pasado fue más o menos que la usual, ingrese la cantidad mensual usual. También ingrese cualquier ingreso recibido por un niño o por empleo del niño de tiempo completo, regular o medio tiempo, Seguro Social, o Adoption Assistance.

Apellido	Nombre	Si no tiene Ingreso, escriba "0"	Ingreso mensual bruto del trabajo antes de deducciones, Incluir todos los trabajos	Pensión, Jubilación, Seguro Social	Beneficios de cuidados, Soporte de niño, Pensión alimenticia	Algún otro Ingreso Mensual	PARA USO EXCLUSIVO CNS DEPARTMENT Ingreso mensual total

INGRESE EL NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOUSEHOLD (Este número debe ser igual al número de nombres en la Sección A y Sección B).

SECCION C: Yo *certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos están reportados. Entiendo que esta información esta dada en conexión con el recibo de fondos Federales, que oficiales escolares pueden verificar la información de la aplicación en cualquier momento, y que la distorsión de la información entregada me puede llevar a una demanda ante el Estado y las Leyes Federales.* ***Por favor vea la parte de atrás de esta aplicación el Privacy Act Statement.***

California Education Code Section 49557 (a):
Las aplicaciones para comidas gratis y precios reducidos pueden ser admitidas en cualquier momento durante un día escolar. Los niños participantes en el National School Lunch Program no serán identificados por uso de tokens especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, áreas de comida separadas, o de otra manera.

Sección D. Identidades étnico y racial de los niños (Opcional)

1. Marque uno o más de las identidades raciales:

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Hawaiano o Isleño Pacifico
- ☐ Blanco
- ☐ Asiático
- ☐ Otro

2. Marque una identidad étnica:

☐ Origen Latino o Hispano ☐ **No** Hispano u Origen Latino

Firma del adulto del household que completo esta aplicación: ↓ Nombre ***impreso*** del adulto del household que completo esta aplicación: ↓ Fecha:

Número de Seguro Social (SSN) **No tengo un SSN** ☐

Dirección: ↓ **Ciudad:** ↓ **Código Postal:** ↓

Número de Teléfono:
( )