

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Todos Los Hogares Llenen Esta Sección. Proveén información de todos sus hijos y si estan empleados anote sus ingresos en bruto, especificando que tan seguido lo reciben usando los siguientes codigos: W=Semanal, T=Dos veces por Mes, M=Mensual, Y=Annual

Idéntidades Étnicos y Raciales (opcional) 1. Circule una identidad Étnica: N=No Hispanico/Latino o H=Hispanico/Latino 2. Circule uno o mas identidad racial (sin considerar su étnicidad) A= Asiático, W= Blanco, B=Africano-Americano Negro, I=Indígena Americano o Nativo de Alaska, P=Isleño Pacífico o Hawaiano Nativo o otro

APELLIDO, PRIMER NOMBRE (de todos los estudiantes/hijos)	ESCUELA (Escriba "Ninguno" si no van a la escuela)	GRADO	Fecha de Nacimiento/Num de ID # Escolar (Opcional)	...Identidad Racial y Étnica: (Opcional)...		Marque "X" Si Es Niño de Crianza Temporal	Marque "X" Si No Hay Ingreso	Ingreso Ganado Personal del Niño	Fuente del Ingreso (Del Empleo)?	Cada Cuanto Recibe Sus Ingresos? (Mire arriba para el significado de las letras y Circule)	Clase de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR	ESCRIBA el Numero de Caso
				Identidad Étnica	Circule uno o mas							
①				N o H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
②				N o H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
③				N o H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
④				N o H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		

Si el estudiante al cual usted esta aplicando esta Sin Hogar, Emigrante, o a Huído, contacte la escuela y CIRCULE la letra apropiada: S E H
 Hogares entregando una aplicación con Beneficios y Num. de Caso para CalFresh/CalWORKs para CADA niño o para el miembro Adulto del Hogar, Favor no complete la sección B. Vaya al la sección C.
 Para Niños de Crianza Temporal que estan abajo de la responsabilidad legal de una agencia aprobada o por la corte, son eligibles para alimentos gratis. Esta eligibilidad no se extiende a niños que no son Niños de Crianza Temporal en el hogar.

SECCIÓN B. PARA OTROS MIEMBROS DEL HOGAR: Anote Los Ingresos En Bruto Y Cada Clase De Ingresos Para Cada Miembro De La Familia Y "Que Tan Seguido" El Ingreso Es Recibido Con Los Sigüientes Codigos De Ingreso: W=Semanal, E=Cada Dos Semanas, T=Dos Veces Por Mes, M=Mensual, Y=Anual. Si No Tiene Ingresos, Usted TIENE que Marcar en la caja "No Ingreso." No Lo Deje en Blanco.

Nombre Completo de Adulto (No repita nombres anotados en la sección A)	Marque "X" No Ingreso	Sueldos de Todos sus Trabajos en Bruto antes de Deducciones	Cada Cuanto le Pagan?	Indique Ingreso de Pension, jubilación, Seguro Social, Beneficios de VA	Fuente del Ingreso?	Cada Cuanto?	Beneficios de Welfare, Pagos de Manutención de Hijos o Matrimonio	Fuente de Ingreso?	Cada Cuanto?	Incluya cualquier otro Ingreso y Ingreso de Trabajo Temporal	Fuente de Ingreso?	Cada Cuanto?	Anote Clase de Beneficio: CalFresh,	Numero de Caso
Ejemplo: Sanchez, Juan	<input type="checkbox"/>	\$ 199.98	W	\$ 141.65	Pension	Y	\$ 99.99	Manutencion de Hijos	M	\$ 550.00	Rentas Recibidas	M	M	
①	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
②	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
③	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
④	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				

SECCION C. INFORMACION, CERTIFICACION, Y FIRMA: Código de Educación 49557(a): La solicitud para las comidas gratis a a precios reducidos puede ser entregada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación. Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolarer pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

En letra de molde la firma del adulto completando esta forma. Firma del adulto del hogar completando esta forma Fecha Los 4 digitos del numero de Seguro Social (SSN) Información de Declaración Federal en Letra a los Hogares
 _____ X _____ No Tengo Seguro Social SSN.

Domicilio Apt #, etc. CA Ciudad Estado Codogo Postal Num. de Telefono # de Cell Correo Electronico
 NO ESCRIBA DE BAJO DE ESTA LINEA-PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE:

Application Approved: HSLD Size: HSLD Annual Income: \$ _____ Determining Official's Signature & Date Categorically: C
 Free based on: Denied based on: Reduced based on:
 CalFRESH Direct Certified as: H M R Income Too High Household Income
 CalWORKs Household Income Incomplete
 KinGap Zero Income
 FDIPIR Foster Child Only
 Direct Certification
 Annual Income Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice A Month X 24, Monthly X 12