

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO 2009-2010

¿Preguntas? ¿Necesita Ayuda? Llame al 843-937-6341 o 1-800-241-8898 (fuera de Charleston)

Devolver esta solicitud completada a la escuela de su hijo (a) o por correo directamente a la oficina de procesos a:

School Meals Application, CCSD Food Service Dept., 3999 Bridge View Drive, Charleston, SC 29405

Usted será notificado(a) después que su aplicación haya sido procesada.

DECLARACION DE ACTA DE PRIVACIDAD: ESTA EXPLICA COMO UTILIZAREMOS LA INFORMACION QUE USTED NOS DÈ. El Acta Richard B. Russell de Escuelas Nacionales requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo provee, no podemos aceptar para que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Deberá incluir el número de seguro social del miembro adulto de la familia quien firma esta solicitud. El número de Seguro Social no es necesario cuando aplica de parte de un niño(a) "foster", o usted esté registrado en un Programa de Cupones de Alimentos (Food Stamp Program), Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en una Reservación de Indígenas (FDPIR) número de caso u otro identificador de FDPIR para su hijo(a), o cuando usted indica que el miembro adulto de la familia que ha firmado la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo(a) es elegible para comidas gratis o a precio reducido y para la administración y cumplimiento con los programas de almuerzo y desayuno. NOSOTROS PODREMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, fundar, o determinar beneficios de sus programas, programas de evaluación por auditores y oficiales de la ley para ayudarles a buscar violaciones de las reglas del programa.

Instrucciones:

Si usted recibe Cupones de Alimentos, llene las Partes 1, 2 y 5. Si usted está aplicando para un niño o una niña criado(a) por familia adoptiva temporal (foster parents), llene las Partes 1, 3 y 5.

Si usted está aplicando en parte de su ingreso (no recibe Cupones de Alimentos), llene las Partes 1, 4 y 5.

Parte 1 – NIÑOS EN EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHARLESTON:

Use una solicitud diferente para cada niño(a) criado(a) por familia adoptiva temporal (foster parents) . Si no, anote todos los niños en la misma solicitud y *llene una solicitud por casa.* ***** Por favor escriba claramente *****

<i>Nombres de los niños que asisten a las escuelas del Condado de Charleston</i>			<i>Grado</i>	<i>Escuela</i>
<i>Primer</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>	<i>Apellidos</i>		
<i>(Escriba el nombre como aparece en el Certificado de Nacimiento)</i>				

Parte 2 – SI USTED RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS (FOOD STAMPS), LLENE ESTA PARTE:

Escriba el Número de Caso de Cupones para Alimentos (Food Stamps) aquí: _____ **NO PONGA SU NUMERO DE EBT.** Si usted no sabe su número de caso, llame al encargado de su caso o a la oficina de DSS al 953-9400. **Vaya a la Parte 5 (en la parte de atrás)**

Parte 3 – SI USTED ESTA APLICANDO PARA UN NIÑO(A) CRIADO(A) POR FOSTER PARENTS,

LLENE ESTA PARTE: *Debe llenar una solicitud diferente para CADA niño(a) foster.* Si esta solicitud es para un(a) niño(a) cuya responsabilidad legal es la de una agencia de bienestar social o una corte, escriba la cantidad de ingreso personal que recibe el/la niño(a) mensualmente: \$ _____. Escriba "0" si el/la niño(a) foster no tiene ningún ingreso personal. **Vaya a la Parte 5 (en la parte de atrás)**

Parte 4 – SI USTED ESTA SOLICITANDO BASANDOSE EN LOS INGRESOS FAMILIARES DE CASA Y NO RECIBE CUPONES DE ALIMENTOS, LLENE ESTA PARTE:

En la próxima página, debe decirnos cuantas personas viven en su casa. Debe incluir cada persona ya sean parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Al lado de su nombre, escriba la cantidad y tipo de ingreso que recibe y con que frecuencia.

Parte 4 - (CONTINUA): Debe decirnos cuanto gana usted y con que frecuencia recibe pago:

(1) En el espacio abajo, escriba el nombre de cada persona viviendo en su dirección, ya sean o no parientes (tales como abuelos, otros parientes o amigos).

(2) Al lado del nombre de cada persona, escriba la cantidad y el tipo de ingreso que ellos reciben, y con que frecuencia lo reciben. Marque en el bloque correspondiente si ningún ingreso fue recibido.

Columna 1: Escriba el **ingreso bruto** que cada persona ganó de su trabajo. **INGRESO BRUTO ES LA CANTIDAD GANADA ANTES DE IMPUESTOS Y OTRAS DEDUCCIONES. NO ESCRIBA EL INGRESO NETO QUE LLEVA AL HOGAR.** Al lado de la cantidad, escriba **CON QUE FRECUENCIA** la persona lo recibió (ejemplo: semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente o anualmente).

Columna 2: Escriba asistencias de beneficios sociales, sustentos de menores o pensión de divorcio recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 3: Escriba pensiones, pensión de jubilación, Ingresos de Seguro Social, Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y beneficios por incapacidad recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 4: Escriba los beneficios de Desempleo o Compensación Laboral recibidos y **CON QUE FRECUENCIA** los recibe.

Columna 5: Escriba otros ingresos: Beneficios de Veteranos, beneficios militares recibidos en efectivo, beneficios de huelga, **CONTRIBUCIONES REGULARES DE PERSONAS QUE NO VIVEN EN SU CASA** y **CUALQUIER OTRO INGRESO** (cantidades en efectivo recibido o quitado de cuentas de ahorro, inversiones, cuentas de registro u otras fuentes). Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, finca o ingreso de renta. Al lado de la cantidad, escriba **CON QUE FRECUENCIA** lo recibió. Si usted es parte de la Iniciativa de Privatización de Viviendas para Militares no incluya el subsidio para vivienda.

1. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ Escriba el nombre de cada persona abajo.	2. Escriba el ingreso bruto (antes de deducciones) para CADA miembro de la casa y con que frecuencia es recibido: Ejemplo: Semanal - Cada 2 Semanas - Dos Veces al Mes - Mensualmente - Anualmente Si la persona no recibió ingresos, marque el bloque en la última columna					
	Columna 1 Ganancias del trabajo antes de deducciones	Columna 2 Asistencia de beneficios sociales, sustento de menores, pensión de divorcio	Columna 3 Pensiones, Pensiones de Jubilación, Ingresos de Seguro Social, SSI, Beneficios por Incapacidad	Columna 4 Beneficios de Desempleo, Compensación Laboral	Columna 5 Otros Ingresos	Marque si No hay Ingresos
1.	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>
2.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>
3.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>
4.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>
5.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>
6.	Cantidad/ ¿Cuan frecuentemente? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	Cantidad/ ¿Con qué frecuencia? \$ _____/_____	<input type="checkbox"/>

Añada otra página si es necesario.

Parte 5 – Firma y Número de Seguro Social: Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si llena la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que: “No tengo 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 basados en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Comprendo que la información proveída en esta solicitud puede ser usada para verificar la elegibilidad para beneficios en el Programa Nacional de Almuerzos en las Escuelas con las agencias de Medicaid como parte de la participación en el Estudio de Verificación de Medicaid. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme Aquí: _____ Fecha: _____ Número Telefónico: (____) _____

Nombre Deletreado: _____ Correo Electrónico: _____

Nº de Seguro Social de la persona que firma: _____ - _____ - _____ No tengo numero de Seguro Social

Dirección: _____ # del Apt/Lote: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Parte 6 – Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o más de las identidades raciales: Asiático De raza negra o Africano-Americano

Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska Hawaiano o de otra isla del Pacifico Blanco Otro

Marque una identidad étnica: Hispano o Latino Ni Hispano ni Latino

