

Aplicación de Comida Gratis y Descuentado de Precio 2009 – 2010

UNA APLICACION para todos Estudiantes entre casa

Completa, firma y regresa esta forma confidencial a su escuela o nuestra oficina:

ASD #408 Servicios de Niño Nutrición, 1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001

Si usted necesita ayuda con la forma, llama por favor a nuestra oficina en 253-931-4972.

Utilice por favor la PAGINA EN LA PARTE DE ATRAS de la aplicación para ESTUDIANTES ADOPTIVOS

Marca aquí si usted quiere recibir confirmación del estatus de su niño para comidas libre/reducidos de precio por correo electrónico en vez de por correo regular.

Temp by MGR	Office
Date:	HH:
Elig:	Elig:
By:	By:

Si usted quiere, por favor escribe su dirección de correo electrónico (impresión claro): _____

¿Recibe usted **ALIMENTO de BASIC (estampillas de comida), TANF (efectivo), o beneficios de FDPIR** para sus niños?

Si es así, completa esta sección:

Apellido de estudiante:	Primero nombre de estudiante:	Grado:	Escuela:	numero de caso/cliente del Alimento básico, TANF o FDPIR (para cada niño):
1. _____	_____	_____	_____	# _____
2. _____	_____	_____	_____	# _____
3. _____	_____	_____	_____	# _____
4. _____	_____	_____	_____	# _____
5. _____	_____	_____	_____	# _____
6. _____	_____	_____	_____	# _____

Certifico que todo que esta encima de información es correcto y que todos ingresos son reportados. Comprendo que esta información es dada para el recibo de fondos federales; esos funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la aplicación; y si esa información es falsa me puede sujetar a la persecución bajo el estado aplicable y leyes federales.

Firma: **X** _____ Fecha: _____

Firma de aulto en casa

Imprima el nombre de firmante: _____ Direccion: _____

Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

APLICACION de INGRESOS Completa esta sección si usted **no recibe** Alimento de Basic, TANF o FDPIR. Usted debe reportar la cantidad de ingresos recibidos (antes que deducciones) y con que frecuencia sea recibido: Semanal, dos veces al mes, cada Dos Semanas, o Mensualmente.

Apellido de estudiante:	Primero nombre de estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Grado:	Escuela:
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Nombres (todos en casa) Ingresos Actuales

Para oficina utiliza

Liste cuántos ingresos y con qué frecuencia recibió para cada columna: \$100 cada semana/ \$100/cada 2 semanas/ \$100 dos veces un mes/ \$100 cada mes

Primero y Apellido nombres de todos miembros de la Casa—incluir usted mismo y los a niños listaron arriba:	Ganancias del Trabajo antes de deducciones: (Cantidad/Frecencia)	Ingresos del Bienestar, la Manutención de hijos, la Pensión Alimenticia: (Cantidad/Frecuencia)	Pagos de Pensiones, la Jubilación, la Seguridad social: (Cantidad/Frecuencia)	Ganancias Adicionales Trabajo 2 o otros ingresos: (Cantidad/Frecuencia)
EJEMPLO: Jane Smith	\$1600/month	\$ ____/____	\$ 90/month	\$ ____/____
_____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
_____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
_____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
_____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
_____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Certifico que todo que esta encima de información es correcto y que todos ingresos son reportados. Comprendo que esta información es dada para el recibo de fondos federales; esos funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la aplicación; y si esa información es falsa me puede sujetar a la persecución bajo el estado aplicable y leyes federales

Firma: **X** _____ Fecha: _____
 no tengo un Número del seguro social

Firma de aulto en casa

Imprima el nombre de firmante: _____ Direccion: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¿NIÑO ADOPTIVO? Si esto es un niño adoptivo, marca aquí _____
y escribe los ingresos personales del uso de niño y con qué frecuencia recibido: \$ _____/_____.

Estudiante Adoptivo

Apellido: _____ Primero nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Un niño adoptivo por aplicación.

Certifico que todo que esta encima de información es correcto y que todos ingresos son reportados. Comprendo que esta información es dada para el recibo de fondos federales; esos funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la aplicación; y si esa información es falsa me puede sujetar a la prosecución bajo el estado aplicable y leyes federales.

Firma: X _____ Fecha: _____
Filma de aulto en casa

Cuidad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

El Departamento de Social y la Salud Atiende a (DSHS) descargará los nombres de todos los niños menos de 20 año en la Oficina de Supervisor de Instrucción Pública (OSPI) Estudiante del Centro Base de datos sin precedentes. La información incluirá el nombre de niño, el apellido, inicial mediano, y la fecha de nacimiento. Tras la recepción de esta información, OSPI emparejará nombres de estudiante contra el archivo de DSHS y entonces hará los datos del "igual" disponibles a cada distrito a través del Internet. Los estudiantes calificarán automáticamente para comidas libres si sus escuelas toman parte en el Departamento de EEUU de la Agricultura (USDA) Programas de Nutrición de Niño. Las familias que no deseen que su niño tomé parte en el programa libre de comida debe notificar el Distrito de Auburn, Oficina de Nutrición del Niño en 253-931-4972.

• **OTROS BENEFICIOS:**

¿Necesitar usted seguro de enfermedad de bajo costo o gratis para sus niños? Usted puede llamar a solicitar una aplicación gratis: llame 1-877-543-7669 o llene y imprima una aplicación en línea en <http://hrsa.dshs.wa.gov/applehealth/index.shtm>. Incluso si sus niños tengan seguro e enfermedad privado, ellos todavía pueden tener derecho a la ayuda con la prima mensual, las co-pagos o deductibles.

- **RACIAL/los DATOS ETNICOS:** Usted no es requerido a contestar estas preguntas.

Marque uno o más identidades raciales:

WHITE BLACK, or AFRICAN AMERICAN AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE
 ASIAN NATIVE HAWAIIAN or OTHER PACIFIC ISLANDER OTHER

- Mark one ethnic identity:

HISPANIC or LATINO NOT HISPANIC or LATINO

La Declaración del Acto de la intimididad: El Acto nacional de la Comida escolar (Sección 9) – requiere eso, a menos que Basic Alimento de su niño, TANF, o número de caso de FDPIR sean proporcionados, usted debe incluir el número del seguro social del miembro adulto de la casa que firma la aplicación o indica que el miembro de la casa que firma la aplicación no tiene un número del seguro social. La provisión de un número del seguro social no es obligatoria, pero si un número del seguro social no es dado ni una indicación no es hecha que el firmante no tiene tal número la aplicación no puede ser aprobada. El número del seguro social puede ser utilizado para identificar el miembro de la casa al llevar a cabo los esfuerzos de verificar la exactitud de información indicada en la aplicación. Estos esfuerzos de la comprobación pueden ser llevados a cabo por revisiones de programa, por las auditorías, y por las investigaciones y pueden incluir empleadores que contactan para determinar los ingresos, los beneficios, contactando la oficina de la seguridad de empleo de Estado para determinar la cantidad de beneficios recibido y verificar que la documentación producida por miembros de casa a demostrar la cantidad de ingresos recibidos. Estos esfuerzos pueden tener como resultado una pérdida o la reducción de beneficios, reclamos administrativos o acciones legales si información inexacta es reportada.

Acto de Audición de Justo: Si usted no concuerda con la decisión en la aplicación de su niño, ni el proceso demostraba elegibilidad de ingresos, usted puede hablar con el Diputado Supervisor, el funcionario de audición. Usted tiene el derecho a un justo que oye que puede ser arreglado llamando el distrito de la escuela en 253.931.4972.