

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado.

2014-15 SOLICITUD DE GRUPO FAMILIAR PARA RECIBIR COMIDAS GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO

Exhibit 2

Complete, firme y envíe esta solicitud

1. Enumere **todos los estudiantes** que viven con usted y asisten a la escuela. Si el estudiante es un niño de crianza temporal, indíquelo con una "x" en el casillero correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. Si escribió un número de caso para alguno de sus hijos, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si escribió un número de caso solo para el niño de crianza y desea presentar la solicitud para todos los estudiantes del grupo familiar, usted debe proseguir con la **Sección 2**.

Si alguno de los niños por los que presenta la solicitud es un niño sin hogar (McKinney-Vento) o migrante, marque el casillero que corresponda.

Sin hogar **Migrante**

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de Crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante						¿El estudiante recibe los beneficios de los programas Basic Food, TANF o FDIPIR? Si la respuesta es SÍ, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente. Basic Food TANF FDIPIR			
								Semanal	Quincenal	Dos veces por mes	Mensual	Sin ingreso				
							\$						N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$						N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$						N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$						N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$						N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar – Ingrese el ingreso y **MARQUE** la frecuencia con que se recibe. Si escribe un número de caso para otro miembro del grupo familiar, pase a la **Sección 4**. Sin embargo, si el número de caso solo es para el niño o niños de crianza temporal, debe proseguir con la **Sección 3**.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Sin ingreso	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semana			Manutención de menores, Pensión alimentaria	Sem			Pensiones, Jubilaciones, Seguridad Social (SSI)	Cada 2 semanas			Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semana			¿Algún miembro del grupo familiar es beneficiario de los programas Basic Food, TANF o FDIPIR? Si la respuesta es SÍ, debe indicar un número de caso y marcar el casillero correspondiente. Basic Food TANF FDIPIR			
				Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mens		Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mens		Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mens								
			\$				\$				\$								N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$				\$				\$								N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$				\$				\$								N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$				\$				\$								N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			\$				\$				\$								N° de caso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): _____

4. Firma y Número de Seguro Social – Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales en base a la información que yo proporcione. Yo entiendo que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Yo entiendo que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser enjuiciado. Yo entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo podría ser compartido, como la ley lo permita.

_____ Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar		
_____ Dirección postal		_____ Dirección física
_____ Ciudad y código postal	_____ Teléfono particular	_____ Celular/ tel. laboral

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: _____	
O, si no tiene un número de seguridad social, marque el casillero: <input type="checkbox"/>	
_____ Firma del miembro adulto del grupo familiar	_____ Fecha
_____ Dirección de correo electrónico	

5. Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- Negro o Afroamericano

- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o isleño del pacífico
- Otra

Marque una identidad:

- Hispano o Latino
- No Hispano ni Latino

6. Otros beneficios – Marque el casillero delante de los programas con los que desea compartir la categoría de comida gratuita o a precio reducido de su hijo para obtener una reducción del precio: _____ _____ _____

Mi firma a continuación, autoriza que la información presente en esta solicitud sea compartida con el programa o los programas que he indicado previamente.

Firma de padre, madre o tutor

Fecha

Explicación acerca de cómo utilizaremos la información provista por usted. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que la información presente en esta solicitud. Usted no está obligado a proporcionar la información pero si no lo hace, no podemos aprobar que su hijo reciba comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los cuatro últimos dígitos del número de seguridad social del adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud. No es necesario suministrar los cuatro últimos número de seguro social si usted presenta la solicitud en representación de un niño de crianza temporal o si menciona un número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Complementaria (Basic Food), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador del FDPIR para su hijo o si usted indica que el miembro adulto del grupo familiar firmante de esta solicitud no tiene un número de seguro social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo reúne las condiciones para obtener el beneficio de las comidas gratuitas o a precio reducido, así como para la administración y la puesta en vigencia de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos la información relacionada con su elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y autoridades de aplicación de la ley para ayudarlos a investigar infracciones a las normas del programa.

**SCHOOL USE ONLY
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12. Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies.

LEA APPROVAL/DENIAL

- Basic Food/TANF/FDPIR Household
- Income Household
- Foster Child (categorically free)

Total Household Size _____

Total Household Income \$ _____

Income Approved by (check one): weekly every two weeks twice a month monthly annual

APPLICATION APPROVED FOR:

- Free Meals
- Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE:

- Income Over Allowed Amount
- Incomplete/Missing Information
- Other: _____

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date