2022-2023 Distrito Escolar Independiente de Pasadena

Solicitud Estándar para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para Varios Niños

Llene UNA SOLICITUD para cada hogar. Favor de usar un boligrafo (no un lápiz).
Complete la solicitud por internet al http://pasadena.schoollunchapp.com

Parte 1

Definición de Miembro del Hogar: Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de Migrantes, Sin Hogar (Homeless), Fugitivo (Runaway) o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar que son Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. (Si necesita más espacio, use otra solicitud para anotar nombres adicionales)

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (Opcional) Mes Dia Año	Nombre de Escuela (Opcional)	Asiste a la escuela en el distrito?	Grado	Número de Estudiante (Opcional)	Marque todo lo que aplique: Niño adoptivo temporal (Foster)	Head Start	Sin hogar	Migrante	Fugitivo	Ingreso del los Niños	Frecuencia (Rellene el circulo): Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
					Si No								$					
					Si No								$					
					Si No								$					
					Si No								$					
					Si No								$					
					Si No								$					

B. Participación en las Diferentes Categorias de Elegibilidad

- **Si todos los niños** indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba - Niño Adoptivo Temporal, Head Start, Sin Hogar, Migrante o Fugitivo ignore la Parte 2 y pase directamente a la Parte 3.
- **¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?**

No> Complete Parte 2 y 3. **Si**> a SNAP/TANF> Escriba el Número de Determinación de Elegibilidad (**EDG**, por sus siglas en inglés) en este espacio ignore Parte 2 y pase directamente a la Parte 3.

SI> FDPIR. marque en la casilla ☐ ignore Parte 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2 Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore esta parte si escribió un número de EDG o si marcó la casilla para indicar la participación en FDPIR en la Parte 1).

A. Los ultimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: X X X - X X - ☐☐☐☐ **Marque si no tiene un SSN** ☐

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no a los menores**).** Si necesita más espacio. use otra solicitud para anotar miembros adicionales.

Liste todos los Miembros del Hogar que no estan listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: Semanal, Cada dos semanas, Dos veces por mes, Mensual, Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algun espacio en blanco, esta certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 1A)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto antes de las deducciones)	Frecuencia (Rellene el circulo): Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente	Asistencia Social/Manutención de niños/Pensión Alimenticia (Ponga el monto antes de las deducciones)	Frecuencia (Rellene el circulo): Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente	Pensiones/Jubilación/ Seguro Social/SSI (Ponga el monto antes de las deducciones)	Frecuencia (Rellene el circulo): Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente	Otros Ingresos (Ponga el monto antes de las deducciones)	Frecuencia (Rellene el circulo): Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○	$	○	○	○	○	○

C. Total de miembros del hogar (Cuente todos los niños y adultos que viven en el hogar.) ☐☐

Parte 3 Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione su Información de Contacto y Firma del Adulto - Regrese esta solicitud al Departamento de Nutrición, 1515 Cherrybrook, Pasadena, TX 77502 o por fax 713-740-4018 o por correo eletrónico nutritionservices@pasadenaisd.org o regrese a la escuela del niño.

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Dirección/Apt. | Ciudad | Estado | Código Postal | Número de teléfono (opcional)

Correo electrónico (opcional) | Imprenta el primer nombre del adulto que llenó la solicitud. | Imprenta el apellido del adulto que llenó la solicitud. | X Firma del adulto que llenó la solicitud | Fecha de hoy (M M D D Y Y)