

# Solicitud Familiar del 2017-2018 para Comidas Gratis y a Precio Reducido Barrow County School System

Favor de usar bolígrafo o pluma (y NO use lápiz). Rellene Ud. solamente una solicitud para toda su familia.

**1** Enumere **TODOS** los miembros de la familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12mo. grado (si necesita más espacio para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Un Miembro de familia es: "cualquier persona que viva con Ud. y que comparta los gastos e ingresos, aún si no es pariente."  
 Los hijos adoptivos o de crianza y los sin hogares, migrantes, o de fuga son elegibles para recibir comidas gratis. Lea Ud. las instrucciones para obtener más información.

Primer Nombre del Niño	Apellido del Niño	Fecha de Nacimiento	Estudiantes ID #	¿Estudiante?	Hijo de Crianza En Ruga
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todo lo que aplique

**2** ¿Alguno de los miembros del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, FDIPIR? Marque a continuación la casilla correspondiente.

SNAP   
  TANF   
  FDIPIR   
 Si marcó una de las casillas a la izquierda, proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios y luego vaya a la sección 4. (NO llene la SECCIÓN 3)

Número de Caso: \_\_\_\_\_

**3** Reporte los ingresos para **TODOS** los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta es "SI" en la SECCIÓN 2)

**A. Ingresos del Niño**  
 A veces los niños en el hogar tienen ingresos. Por favor incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los Miembros del Hogar de la SECCIÓN 1 aquí.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted)**  
 Lista de todos los miembros del hogar que no figuran en la Sección 1 (incluyéndote a ti mismo) incluso si no reciben ingresos, reportar el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no lo hacen reciben ingresos de cualquier fuente, marque la casilla de verificación sin ingresos. Si marca la casilla sin verificación de ingresos, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y Apellido)	Marque la casilla si no hay ingresos	Ingresos del Niño		Asistencia		Pensión/Retiro/ Otros ingresos		Llene el Círculo	
		¿Con cuánta frecuencia?	¿Con cuánta frecuencia?	Publica/Manutención Infantil	¿Con cuánta frecuencia?	¿Con cuánta frecuencia?	¿Con cuánta frecuencia?	¿Con cuánta frecuencia?	¿Con cuánta frecuencia?
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$			
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$			
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$			
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$			
	<input type="checkbox"/>	\$		\$		\$			

**4** **ESCRIBA EL NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR AQUÍ (Pasos 1+3)**    Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar: \_\_\_\_\_    Marque aquí si no tiene SSN

**Información de Contacto y Firma del Adulto**

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información está siendo proporcionada en conexión con el recibo de fondos federales y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Estoy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser penalizado bajo las leyes estatales y federales correspondientes."

Dirección: \_\_\_\_\_    Ciudad: \_\_\_\_\_    Código postal: \_\_\_\_\_    Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del adulto que rellene este formulario en letra de molde: \_\_\_\_\_    Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

ESCRIBA AQUÍ: \_\_\_\_\_    FRME AQUÍ: \_\_\_\_\_    Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Etnicidad/Raza de los Niños (opcional): Seleccione una etnicidad:  Hispano/Latino     No-Hispano/Latino     Negro o Afroamericano     Asiatco     Bionco     Nativo Americano o de Alaska     Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico

Regresar a la cafetería de la escuela o por correo a la Child Nutrition Program; 179 W. Athens St., Winder, GA 30680