

2018-2019 ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE WILLIAM - SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Use TINTA NEGRA y escriba claramente en las casillas. Por favor, lea las instrucciones. Llene solamente UNA SOLICITUD por familia.

Llene su solicitud en línea en www.pwcsnutrition.com

Paso 1 Enumere todos los bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 miembros de su hogar (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel) Si está haciendo la solicitud para un NIÑO DE ACOGIDA, el cual es responsabilidad legal de una agencia de beneficios sociales o del tribunal, marque abajo la casilla correspondiente y salte al paso 4

Definición de miembro del hogar:
"Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familiar."

Niños de acogida (foster) y niños que cumplen con la definición de migrante, sin hogar o fugado de la casa son elegibles para comidas gratuitas. Leer **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido.**

Primer nombre	Inicial	Apellido	Fecha de nacimiento			¿Estudiante?		Solo para uso oficial, N° de estudiante	Niño de acogida	Sin hogar, migrante, fugado
			Mes	Día	Año	Sí	No			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todo lo que aplique

Paso 2 ¿Participa algún miembro de su hogar, inclusive usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDIPIR? Marque con un círculo su respuesta: Sí / No

Si respondió NO > Complete el PASO 3. Si respondió SÍ > Escriba aquí su número de caso y luego continúe con el PASO 4. (No complete el PASO 3) Número de caso

Paso 3 Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted indicó 'Sí' en el paso 2).

Favor de leer **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información. La sección **Fuentes de ingresos para niños** le ayudará con la pregunta sobre **Ingreso Infantil (A)**. La sección **Fuentes de ingresos para adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar (B)**.

A. Ingreso infantil
A veces los niños ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en el PASO 1.

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluido usted) y niños no listados en el Paso 1.
Enumere todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombre y apellido (en imprenta) de todos los adultos y niños no mencionados arriba	Ingresos por trabajo	Ingreso infantil				Asistencia pública, manutención de menores, pensión conyugal	Ingresos por otros ingresos			
		Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2 por mes	Mensual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR (niños y adultos)

Últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar ***** - ****

Marque aquí si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Calle y número de casa (si está disponible)

Depto. # Ciudad

Estado Código postal Teléfono diurno (opcional)

Nombre en letra imprenta Apellido en letra imprenta Firma del adulto que llenó el formulario

Día de hoy

Correo electrónico (opcional)

PASO 5 Otros Beneficios (opcional)

Medicaid y Seguro de Salud: Su hijo/a puede ser elegible para otros beneficios. A la escuela se le permite compartir la información de esta solicitud con Medicaid y el programa de seguro de salud para niños de Virginia llamado FAMIS. Si no desea que se comparta esta información debe indicarlo marcando la casilla NO en esta sección. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo/a para recibir comidas gratis o a precio reducido.

No, no quiero que las autoridades escolares compartan la información de mis solicitudes para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid o FAMIS.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos al servicio de nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o de precio reducido.

Etnicidad (marque una): Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o Islas del Pacífico Blanco