

2018-2019 comidas a precio escuela libre Reducido FAMILIA

Parte 1. MIEMBROS toda la casa

Los nombres de los miembros de llenado del hogar (Nombre, Inicial del segundo nombre, apellido)	Nombre del nivel de grado de la escuela y la escuela de cada agencia de bienestar o corte niño / o la palabra "NA" si el niño no está en la escuela. Colegio Grado	Comprobar si un hijo de crianza (responsabilidad legal de bienestar o corte) • Si todos los niños que figuran a continuación son hijos de crianza, pase a la parte 5 de SII: en esta forma.	Comprobar si No Ingresos
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. BENEFICIOS: Si cualquier miembro de su familia recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o de Ohio Trabaja Primero (OWF) beneficios, proporcionar el nombre y número de caso 7 o 10 dígitos para la persona que recibe beneficios y **pase a la parte 5.** Si nadie recibe estos beneficios, **pase a la parte 3.**

NOMBRE: _____ 7 o de 10 dígitos Número de caso: _____

Parte 3. Si algún niño que está solicitando es sin hogar, emigrante o fugitivo marque la casilla correspondiente y llame a [su escuela, enlace sin hogar, coordinador de migrantes en el teléfono #]
Sin hogar Emigrante Huir

Parte 4. bruto de su hogar INGRESOS (antes de deducciones). Lista de todos los ingresos en la misma línea que la persona que lo recibe. Marque la casilla para la frecuencia con que se recibe. Registrar cada ingreso sólo una vez.

1. NOMBRE (Liste todos los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y frecuencia se recibieron										Todos los demás ingresos (Indicar la frecuencia, tales como "semanal" "anualmente")
	Ganancias desde el trabajo antes de deducciones	Welfare	Q S	Bienestar, niño	Q S	Seguridad, Q S	Q S	Welfare	Welfare	Welfare	
(Ejemplo) Ja11e Smith	\$ 200										\$ 50.00 / quarterly
	\$										yo
	\$										yo
	\$										yo
	\$										yo
	\$										yo

Parte 5. ESCUELA DE INSTRUCCIÓN EXENCIÓN DE LA CUOTA PARA ADULTOS CONSENTIMIENTO: Su hijo (a) puede calificar para una renuncia de sus cuotas de instrucción de la escuela. Debemos tener su permiso para compartir su información de solicitud de comidas con funcionarios de la escuela si su hijo (a) califica para una exención de cuotas. La respuesta a esta pregunta no cambiará el hecho de que sus hijos recibirán comidas gratis o a precio reducido. Por favor marcar una casilla: Si estoy de acuerdo en que mi solicitud de alimentos se utiliza para determinar si mi hijo (s) califican para una exención de cuotas.

No, no estoy de acuerdo que mi solicitud de alimentos se utiliza para determinar si mi hijo (s) califican para una exención de cuotas.

Firma del padre / tutor para la Exención de Instrucción Pregunta Tarifa: _____ Fecha: _____

Parte 6. FIRMA Y últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (Adulto debe firmar)

Un adulto debe firmar la solicitud. **Si se completa la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social o marcar el "yo no tienen un cuadro de Número de Seguridad Social".** (Vea el Acta de Privacidad al dorso de esta página.)

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que doy. Yo entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Yo entiendo que la falsificación deliberada de la información puede causar mis niños pierdan los beneficios de comidas y yo puedo estar sujeto a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales.

La muestra aquí: X _____ Nombre de impresión: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social: - - - - No tengo un número de Seguro Social

7. Parte de los niños identidades étnicas y raciales (opcional)

Elija una ethnicity': _____	Selecciona una o más (independientemente de ethnicity!): _____
<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> India EE.UU. o Alaska <input type="checkbox"/> Americano negro o africano
<input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico

No escriba en esta área. Esto es sólo para uso escolar.

Conversión Ingresos anual: semanales x 52, Cada 2 semanas x 26, dos veces al mes x 24 mensual x 12

Ingresos totales: _____ Por: Semana, Cada 2 semanas, Dos veces al mes, Mes, Año El tamaño del hogar: _____

Elegibilidad categórica: _ Fecha de retirada: _____ Elegibilidad: FREE_ Reducido ___ denegado ___ Razón: _____

La determinación de Firma / aprobación del Oficial: _____ Fecha: _____

Confirmando Firma del Oficial: _____ Fecha: _____

Seguimiento Firma del Oficial: _____ Fecha: _____

Si es seleccionado para la verificación, Aviso Fecha de verificación enviado: _____ Fecha de respuesta: _____ 2 Días del Nota enviada a: _____ Resultados Enviado: _____

Verificación Resultado: Sin ChanQe _____ La libertad de Precio Reducido _____ Libre de cargo _____ Precio reducido a gratis _____ Precio reducido a Abonado _____