

# DISTRITO ESCOLAR CHRISTINA

## AÑO ESCOLAR 2011 - 2012

### FORMULARIO DE BENEFICIO DE COMIDA ESCOLAR GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

<b>PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR</b>				
Nombres de <u>TODOS</u> los miembros del hogar (Primer nombre, Inicial del Segundo, Apellido)	Nombre de la escuela para cada niño, o indique "NA" si el niño no asiste a la escuela	Marque si es un niño en adopción temporal (responsabilidad legal de agencia o corte de asistencia social) * Si todos los niños listados a continuación son niños en adopción temporal, continúe a la Parte 5 para firmar este formulario.	Marque si NO hay ingreso	
		<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"/>	
<b>Parte 2. BENEFICIOS: SI ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA RECIBE DE-SNAP O Asistencia en Efectivo DE-TANF, PROPORCIONE EL NOMBRE Y NÚMERO DE CASO DE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS Y CONTINÚE EN LA PARTE 6. SI NINGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE ESTE BENEFICIO, CONTINÚE EN LA PARTE 3.</b>				
NOMBRE: _____ NÚMERO DEL CASO: _____				
<b>PARTE 3. SI EL NIÑO PARA EL CUAL ESTÁ APLICANDO ES UN NIÑO DESAMPARADO, ES INMIGRANTE O HUYÓ DE SU CASA, MARQUE LA CASILLA APROPIADA Y LLAME AL enlace para los niños sin hogar, coordinador de inmigrantes DE CHRISTINA AL 302-552-2679 DE LA CALLE <input type="checkbox"/> INMIGRANTE <input type="checkbox"/> HUYÓ DE SU CASA <input type="checkbox"/></b>				
<b>PARTE 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR. Usted deberá indicarnos cuánto y con cuánta frecuencia.</b>				
<b>1. NOMBRE</b> (Mencione sólo un miembro de la familia con ingresos)	<b>2. INGRESO BRUTO Y CON CUÁNTA FRECUENCIA SE RECIBÍA</b>			
	Ingresos antes de deducciones	Asistencia social (welfare), pensión alimenticia (child support) y pensión compensatoria (alimony)	Pensiones, fondos de retiro, seguro social, Ingreso Suplementario Social (SSI), beneficios de veteranos	Cualquier otro ingreso
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$199.99/semanal	\$149.99/cada dos semanas	\$99.99/mensual	\$50.00/mensual
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
<b>PARTE 5. <input type="checkbox"/> ¡NO! NO QUIERO</b> que la información de mi Formulario de Beneficio de Comida Escolar Gratis y A Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa del Estado del Seguro de la Salud de los Niños (CHIP). Para más información sobre DECHIP, llame al 1-800-966-9969. <u>SI USTED NO MARCA ESTA CASILLA, SU INFORMACIÓN SERÁ COMPARTIDA CON MEDICAID Y/O CON DECHIP.</u>				
<b>PARTE 6. FIRMA Y LOS CUATRO ÚLTIMOS DÍGITOS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (UN ADULTO DEBE FIRMAR)</b> Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario MBF (Meal Benefit Form). Si la Parte 4 está llena, el adulto que firma el formulario debe también proveer los cuatro últimos números de su Seguro Social o marcar la casilla "No tengo número de Seguro Social". (Referirse a la declaración de la Ley de Privacidad al reverso de esta página).  <i>Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todo el ingreso está reportado aquí. Comprendo que la escuela obtendrá financiamiento federal basado en la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (chequear) la información. Comprendo que si expreso doy información falsa, mi hijo puede perder los beneficios de comida y yo puedo ser enjuiciado.</i> Firme aquí: _____ Imprima el nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Últimos cuatro dígitos de su Seguro Social: * * * - * * - _____ <input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social				
<b>PARTE 7. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)</b>				
Escoja un origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Escoja uno o más (sin tomar en cuenta etnicidad): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico			
<b>NO COMPLETE ESTA PARTE. PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA.</b> Conversión del Ingreso Anual: Semanal x 52, Cada 2 semanas x 26, Dos Veces al Mes x 24, Mensual x 12				
Ingreso total: _____ Por: <input type="checkbox"/> Semana, <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas, <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes, <input type="checkbox"/> Mes, <input type="checkbox"/> Año    ¿Cuántas personas en el hogar?: _____ Elegibilidad Categórica: ____ Fecha de Retiro: _____ Elegibilidad: Gratis ____ A Precio Reducido ____ Negada ____ Razón: _____ Temporal: Gratis ____ A Precio Reducido ____ Período de Tiempo: _____ (expira luego de ____ días) Firma del Funcionario que Autoriza o Niega: _____ Fecha: _____ Firma del Funcionario que Confirma: _____ Fecha: _____ Firma del Funcionario que Verifica: _____ Fecha: _____				

