

# Park County School District RE 2 2019-2020 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

## PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Edith Teter elementary, South Park Middle or High School (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

Nombre del estudiante	Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento					Grado	Marque todas las que apliquen. Lea Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido para más información.	Niño de Acogida					
			M	M	D	D	A			A	Head Start	Bajo Custodia Temporal	Sin Hogar	Migrante	

## PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de caso SNAP					Número de caso TANF					Número de caso FDPIR					

## PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

### A. Ingresos del estudiante

Por favor incluya el ingreso **TOTAL**, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

Ingreso del estudiante	¿Con qué frecuencia?				
	Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el **TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)** por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombre de otros miembros del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia?					Asistencia pública/Manutención de hijos/Manutención de viudez	¿Con qué frecuencia?					Pensiones/Jubilación/Cualquier otro ingreso	¿Con qué frecuencia?				
		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual		Semanal	Cada 2 Semanas	2x Mes	Mensual	Anual
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar (estudiantes y adultos)

Últimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma  **XXX-XX**

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: PCSD Food Services PO Box 189/640 Hathaway St Fairplay CO 80440

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	Código postal	Dirección de correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	FIRMA del miembro adulto del hogar			Nombre y apellido de la persona que firma en letra de imprenta			Fecha de hoy

## PASO 5 Divulgación de información

### OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños

compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divulgación de su información, esto no afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. Su información **SE** compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuación. **SE** necesitamos que usted proporcione información sobre la raza y étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra sección es opcional y no afecta el cumplimiento de su hijo con los requisitos para comida gratuita o de precio reducido.

Hispano o latino  Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más):  Indio americano o nativo de Alaska   Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Vea más información a continuación.

## NEED HELP BUYING GROCERIES?

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

---

## Food Resource Hotline

**CALL US TODAY!**

STATEWIDE,  
TOLL-FREE

855-855-4626

METRO  
DENVER

720-382-2920

## ¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

## Línea Directa de Recursos de Comidas

**¡LLÁMENOS HOY!**

LÍNEA  
ESTATAL

855-855-4626

METRO  
DENVER

720-382-2920




**Colorado PEAK** es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo.

Para conocer más, visite [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

**La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

<b>HUNGER FREE COLORADO</b> <span style="font-size: small;">HungerFreeColorado.org</span>		
<b>NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO</b>		
Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12		
Application Type: <input type="checkbox"/> Total Household Income: \$ _____ Household Size: _____ Household Income Frequency - <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> 2x/Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually  <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility - <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway/Head Start	Application Status: Approved - <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced  Denied - <input type="checkbox"/> Over Income Guidelines <input type="checkbox"/> Incomplete/Missing: _____  Notes: _____	
Determining Official Signature: _____	Approval/Denial Date: _____	Notification Sent: _____