

1.  Marque aquí si esta la primera solicitud que cualquiera de los niños indicados a continuación ha presentado en este distrito escolar o escuela pública.

2. Nombres de todos los niños que viven en la unidad familiar <i>incluyendo hijos de crianza</i> Adjunte hojas adicionales si las necesita	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Grado	Escuela	<input checked="" type="checkbox"/> Si es hijo de crianza*	Cualquier ingreso regular del niño Ejemplo: SSI	3. Beneficios (si corresponde) Si cualquiera de los miembros de la unidad familiar recibe beneficios de cualquiera de los programas indicados a continuación: indique el nombre de la persona y el número de caso, marque la casilla correspondiente y salte la Sección 4.
Apellido Nombre	___/___/___			<input type="checkbox"/>	\$ ___ por ___	Nombre _____ Número de caso _____ <input type="checkbox"/> Minnesota Family Investment Program (MFIP) <input type="checkbox"/> Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) <input type="checkbox"/> Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPPIR) <i>- Medical Assistance y WIC no califican</i>
	___/___/___			<input type="checkbox"/>	\$ ___ por ___	
	___/___/___			<input type="checkbox"/>	\$ ___ por ___	
	___/___/___			<input type="checkbox"/>	\$ ___ por ___	

\* El niño es la responsabilidad legal de una agencia de beneficencia o tribunal. Si todos los niños por los que se solicita son hijos de crianza, salte las Secciones 3 y 4.

4. Nombres de todos los adultos que viven en la unidad familiar (todos los miembros de la unidad familiar no indicados en la Sección 2) Incluya a todos los adultos que viven en su unidad familiar, independientemente del parentesco. Adjunte una hoja adicional si la necesita.	Marque si NO tiene ingresos	Ingresos de la unidad familiar: Apunte cada ingreso bruto y con cuánta frecuencia se recibe: <b>semanalmente (S)</b> , <b>bisemanalmente (una semana sí y otra no) (BS)</b> , <b>quincenalmente (Q)</b> , <b>mensualmente (M)</b> . <i>No indique la paga por hora. Si algún ingreso varía, indique el monto que se recibe regularmente. Adjunte una hoja adicional si la necesita.</i>	Pensión, SSI, jubilación Seguro Social	Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia	Desempleo, compensación a trabajadores, beneficios por huelga	Cualquier otro ingreso, incluido el <i>neto</i> de trabajo agrícola por cuenta propia
Apellido Nombre		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___
		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___
		\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___	\$ ___ por ___

5. Si sus hijos reciben aprobación para recibir beneficios de comidas escolares, la información se podrá divulgar a los Programas de atención médica de Minnesota (Minnesota Health Care Programs) para identificar a niños elegibles para los programas de seguro médico de Minnesota. Deje la casilla en blanco para permitir que se divulgue la información.  
 No divulgar información a los programas de atención médica de Minnesota.

6. Certificado (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es cierta y que se han reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y estatales según la información que yo provea. Entiendo que si doy información falsa a propósito, mis hijos podrán perder los beneficios de comida y yo podría ser enjuiciado.

Firma de un miembro adulto de la unidad familiar (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social – últimos 4 dígitos (obligatorio si se llena la Sección 4): \_\_\_\_\_  No tengo número de Seguro Social

Total Household Size: _____ Total Incomes: \$ _____ per _____ Approved (check all that apply): <input type="checkbox"/> Case Number - Free <input type="checkbox"/> Foster - Free <input type="checkbox"/> Income - Free <input type="checkbox"/> Income - Reduced-Price <b>Office Use Only</b> Denied: <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Other: Signature - Determining Official: _____ Date: _____ Change Status To: _____ Reason: _____ Withdrawn: _____	Signature – Confirming Official: _____ Date: _____ Date Verification Sent: _____ Response Due: _____ 2 <sup>nd</sup> Notice: _____ Result: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced-Price <input type="checkbox"/> Free to Paid <b>Office Use Only</b> <input type="checkbox"/> Reduced-Price to Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price to Paid Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Case number not verified <input type="checkbox"/> Foster not verified <input type="checkbox"/> Refused Cooperation <input type="checkbox"/> Other: Signature – Verifying Official: _____ Date: _____
--	--

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_