

# SOLICITUD DE DESAYUNO Y ALMUERZO A PRECIO REBAJADO Y GRATIS

# 2013-2014

**INSTRUCCIONES:** Para solicitar desayuno y almuerzo a precio rebajado o gratis para sus hijos complete, actualice, firme y envíe este formulario a: PITT COUNTY CHILD NUTRITION OFFICE, 1717 WEST 5<sup>TH</sup> STREET, GREENVILLE, N.C. 27834. Si necesita ayuda para llenar este formulario, favor de llamar al 252-830-4226. Si usted cambia de domicilio durante el año escolar, por favor llame a nuestra oficina para informarnos.

**RECIPIENTES DE SERVICIOS DE COMIDA Y NUTRICION:** Si actualmente su/s hijo/s reciben beneficios de Servicios de Comida y de Nutrición, (anteriormente bonos de comida) puede darnos su número de caso e ignorar las preguntas en la sección de ingresos que aparece en este formulario. Ud. tiene que declarar todos los miembros que componen su hogar. Si su(s) hijo(s) reciben beneficios de FNS o TANF/WFFA, indique un solo número de caso y tendrá(n) derecho a recibir desayuno y almuerzo gratis.



**RESTO DE LOS HOGARES, INCLUIDOS LOS QUE RECIBEN WIC:** Declare TODOS los ingresos recibidos por TODOS los miembros de su hogar (incluidos los niños) en la línea que corresponde a cada uno. Indique los ingresos brutos ANTES de las deducciones por concepto de impuestos, seguridad social, etc. Si el mes pasado algún miembro del núcleo familiar recibió ingresos muy superiores o inferiores a lo acostumbrado, favor de indicar los ingresos que espera percibir este año (12 meses contando a partir del mes pasado). Los empleados por cuenta propia tales como los agricultores y los trabajadores migrantes debe indicar sus ingresos anuales netos.

**PERSONAS EN EL HOGAR Y NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:** Incluya los nombres de todas las personas que viven en su hogar. Incluya los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto del hogar que firma esta solicitud. Si un adulto no tiene número de seguridad social, por favor marque "Ninguno" en el espacio.

\_\_\_ **ESTUDIANTE NUEVO:** Si se esta incluyendo a un/a niño/a en esta solicitud que no estuvo inscrito/a en las escuelas del condado de Pitt el año pasado, favor de indicar aquí.

**NIÑOS ACOGIDOS:** Si esta solicitud se presenta a nombre de un niño que está bajo la custodia legal de una agencia de bienestar social o del tribunal, marque la casilla al lado de su nombre.

Si usted presenta una solicitud a nombre de un niño **SIN HOGAR**  **MIGRANTE**  o **ESCAPADO**  marque la casilla apropiada. Si tiene alguna pregunta, llame a Cassandra Campbell, al tel. **830-3578**.

INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO										INGRESO BRUTO (ANTES DE QUITAR LOS IMPUESTOS) Y CADA CUANDO LO RECIBE. (PONGA LAS CANTIDADES EXACTAS NCLUYENDO CENTAVOS.) POR EJEMPLO: \$100.15 POR MES \$100.97 DOS VECES AL MES \$100.76 CADA DOS SEMANAS \$100.00 POR SEMANA.				N O I N G R E S O
ESCUELA	Número de ID (Para uso oficial)	NOMBRAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA  Nombre	A c o g i d o	Fecha de nacimiento	# de Seguridad Social (Opcional)	E d a d	G r a d o	NUMERO DE CASO DE FNS/TANF	INGRESO DE SU TRABAJO ANTES DE DEDUCTIBLES	ASISTENCIA PÚBLICA, MANTENCION DE HIJOS, PENSION	PENSION, JUBILACION, SEGURIDAD SOCIAL	OTROS INGRESOS		
	EJEMPLO	Jane Smith							\$ 200.50 por semana	\$ ____ por	\$ 675.00 por mes	\$ ____ por		
									\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por		
									\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por		
									\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por		
									\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por		
									\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por	\$ ____ por		

**FIRMA:** Un adulto miembro del hogar tiene que firmar esta solicitud. El adulto que firme tiene que poner su número de seguridad social o marcar la frase "No tengo número de seguridad social" en el cuadro. (Ver la declaración del Uso de Información al reverso de esta hoja) *Certifico (bajo promesa) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. Soy consciente de que la escuela recibirá fondos federales en dependencia de la información que yo ofrezca. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (chequear) esta información. Soy consciente de que si brindo información falsa intencionadamente mis hijos pueden perder su derecho y yo puedo ser juzgado(a) por la ley.*

X \_\_\_\_\_  
Firma de la madre/padre o adulto miembro del hogar Imprima nombre

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
Fecha Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social  
 No tengo Número de Seguridad Social

Dirección de Correo  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono (domicilio) ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono (trabajo) ( ) \_\_\_\_\_

**Identidad racial y étnica de los niños**  
Marque una identidad étnica Marque una o más identidades raciales

\_\_\_\_\_**Hispano/Latino** \_\_\_\_\_**Blanco**  
\_\_\_\_\_**No Hispano/Latino** \_\_\_\_\_**Negro o afro-americano**  
\_\_\_\_\_**Asiático**  
\_\_\_\_\_**Indio americano o nativo de Alaska**  
\_\_\_\_\_**Hawaiano/de otras islas del Pacífico**

