

Solicitud multiuso de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

LAGO VISTA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

PO BOX 4929, LAGO VISTA, TX 78645

Devuélvala a:

o Presente su solicitud en línea:

<https://www.lagovistaisd.net/page/nutrition.home>

PASO 1 Liste a **TODOS** los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.

Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Definición de Miembro del hogar:
"Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados."

Los niños **temporalmente adoptados** (foster), niños que satisfacen la definición de **migrantes, sin hogar**, (homeless), o **fugitivo**, (runaway) son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño/a	inicial del segundo nombre	Apellido(s) del niño/a	¿Estudiante?		Grado	Head Start Foster Child Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar		
			Sí	No		Head Start	Foster Child	Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las opciones que correspondan.

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el 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 Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3. **YES** → Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, n/a para FDPIR) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3) **Número de EDG**

PASO 3 Declare el Ingreso de **TODOS** los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Paso 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX- XX- Marque aquí si no tiene un SSN
B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Nombre del Adulto (primer y apellido)	Sueldo de Trabajo	Frecuencia					Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia	Frecuencia					Pensiones/jubilación/ seguridad social/SSI/ beneficios de la VA/ todos otros ingresos	Frecuencia				
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>												
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>												
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>												
	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>												

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar
A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** recibidos por **TODOS** los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1. Si corresponde, incluya los ingresos de los niños adicionales enumerados en la página 2. La conversión de frecuencia de ingresos está en la página 2.

Totales ingresos de los Niños

D. Total de los miembros del hogar
(los niños y adultos)

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

Dirección postal (si está disponible) Apt # Ciudad Estado Código postal Teléfono y correo electrónico (opcional)

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario Firma del adulto Fecha de hoy Updated May 31, 2024

