

## ESCUELAS PÚBLICAS DE BATTLE GROUND

### 2011–2012 APLICACIÓN DEL HOGAR PARA COMIDAS GRATIS O A UN PRECIO REDUCIDO

**Complete, firme y regrese esta aplicación a la escuela de su estudiante o mándela por correo a Battle Ground Public Schools, PO BOX 200, Battle Ground WA 98604**

1. **Anote a todos los estudiantes** que viven con usted y que están asistiendo a la escuela. Si el estudiante es un niño hospedado transitoriamente, indíquelo con una "x" en la caja apropiada. Incluya cualquier cantidad de ingresos que el estudiante reciba y marque con una "x" en al caja apropiada e indique que tan seguido el estudiante recibe esta cantidad. Si usted a escrito un numero de caso con el cual recibe estampillas de comida para cualquiera de sus niños, pase a la **sección 4**. Si usted a incluido un numero de caso con el cual recibe estampillas únicamente para el niño hospedado transitoriamente y quiere aplicar para todos sus estudiantes, entonces por favor pase a la **sección 2**.  
**Si cualquiera de los niños por quien usted esta aplicando es niño hospedado transitoriamente, migrante, o que se ha ido de la casa, marque la caja apropiada y llámele a su escuela.**  
 Sin hogar       Migrante       ha huido de su casa

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Inicial del Segundo nombre	Hospedado transitoriamente	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingresos del Estudiante	Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	No hay ingresos	Recibe el estudiante Estampillas Básicas de Comida, TANF o FDIPIR? Si es SI, usted necesita escribir el número del caso.
													<input type="checkbox"/> Si-# de Caso:
													<input type="checkbox"/> Si-# de Caso:
													<input type="checkbox"/> Si-# de Caso:
													<input type="checkbox"/> Si-# de Caso:
													<input type="checkbox"/> Si-# de Caso:

2. **Anote todos los nombres de todas las otras personas que viven en este hogar. Si usted escribió un número de caso para otro miembro de la familia, entonces pásese a la Sección 4. Pero si el número de caso es únicamente para un niño hospedado transitoriamente, entonces usted tiene que proceder a la Sesión 3.**

Nombre todos los otros miembros de la familia (No incluya los nombres de los estudiantes ya mencionados arriba)	Hospedado transitoriamente	No hay ingresos	Ingresos del trabajo (antes que retiren los impuestos)	Semanalmente	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensualmente	Semanalmente	Dos veces al mes	Dos veces al mes	Mensualmente	Ingresos de Pensión, Jubilación, Seguro Social (SSI)	Semanalmente	Dos veces al mes	Dos veces al mes	Mensualmente	Algunos otros ingresos que todavía no se han mencionado	Semanalmente	Dos veces al mes	Dos veces al mes	Mensualmente	Algún miembro de la familia recibe Estampillas de Comida Básica, TANF, o FDIPIR? Si la respuesta es si, escriba el número del caso.		

3. **Número total de Miembros viviendo en este hogar (incluya todas las personas viviendo en su casa):** \_\_\_\_\_

4. **Firma y Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

Yo certifico que toda la información que he dado arriba es correcta y verdadera y que todos los ingresos han sido reportados correctamente junto con el numero del caso de las Estampillas Básicas de Comida o de TANF/FDIPIR. Yo entiendo que estoy dando esta información para recibir fondos federales; que los oficiales escolares podrían verificar la información en esta aplicación y que la mala interpretación deliberada de dicha información podría resultar en mi persecución bajo las leyes estatales y federales.

Escriba el nombre del Adulto responsable por esta familia _____	
Dirección Para Recibir Correspondencia _____	Dirección de su casa _____
Ciudad y Zona Postal _____	Teléfono/Casa _____ Teléfono/Trabajo/Celular _____

Escriba los últimos cuatro números de su seguro social: _____	
O, si usted no tiene un número de seguro social, marque la casa de al lado _____	
Firma del Adulto con este número de seguro social _____	Fecha _____
Correspondencia electrónica _____	

**5. Identidades de Raza y Etnicidad de los Estudiantes (Opcional)**

Marque una o más de las identidades raciales:

- Asiático
- Blanco
- De raza Negra, o Africano Americano

- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Nativo Hawaiano o de Otra Isla Pacifica
- Otro

Marque una identidad étnica:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

6. Otros Beneficios – Por favor marque la caja en frente del programa con el cual usted quiere compartir la información del precio reducido o gratis de la comida de su estudiante para calificar para la reducción en costos de otros programas:  Lugar en un Programa Avanzado

Con mi firma abajo, yo le permito que la información contenida en esta aplicación pueda ser compartida con otro(s) programa(s) que he incluido.

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardianes

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si a usted le gustaría recibir información acerca de un seguro de salud gratis o de bajo costo para los niños llamado Apple Health for Kids, por favor llame al número de teléfono gratis 1-877-543-7669 y pida una aplicación o llene una e imprímala en el internet, en la página: <http://hrse.dshs.wa.gov/applehealth/index.shtml>. Para hablar con un representante de las Escuelas Publicas de Battle Ground con referencia a los beneficios de Apple Health for Kids por favor comuníquese con Kim Bone al 885-5425.

**Declaración del Acto de Privacidad: Esto explica como usaremos la información que usted nos da.** El Acto Nacional de Lonches Escolares de Richard B. Russell requiere la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información, pero si no la da, nosotros no podremos aprobar a su estudiante para recibir comidas gratis o a un precio reducido. Usted necesita incluir el número de seguro social del adulto miembro de la casa que firmo la aplicación. El número de seguro social no es requerido cuando se está aplicando para un niño hospedado transitoriamente o si usted ha dado un numero del Programa de Asistencia de Suplemento de Nutrición (Comidas Básicas), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Programa o Distribución de Comidas en Reservaciones de Indios (FDPIR) numero de caso o otro FDPIR identificador para su estudiante o cuando usted ha indicado que el miembro adulto quien firmo la aplicación no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su estudiante es elegible para recibir comidas gratis o a un precio reducido, y para administración y el enforce de los programas de desayunos y comidas. Nosotros PODRIAMOS compartir la información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, fundar o determinar beneficios para sus programas, para auditar la revisión de programas, y para que los oficiales de la ley puedan investigar violaciones de las reglas de los programas.

**USO PARA LA ESCUELA UNICAMENTE  
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA**

**CONVERSION DE LOS INGRESOS ANUALES: Semanalmente x52; Cada dos semanas x26; Dos veces por Mes x 24; Mensualmente x 12. NO lo conviertan en ingresos mensuales al menos que la familia reporte múltiple reporte de pagos infrecuentes.**

**LEA APROVACION/RECHASO**

- Comidas Básicas/TANF/FDPIR del Hogar
- Ingresos del Hogar
- Niño hospedado transitoriamente

Número de Personas en el hogar \_\_\_\_\_

Total de Ingresos del Hogar \$ \_\_\_\_\_

Ingresos Aprobados:  semanalmente  cada 2 semanas  2 veces por mes  mensual  anual

**APLICACION APROVADA PARA:**

- Comidas Gratis
- Comidas a Precio Reducido

**APROBADO TEMPORALMENTE PARA:**

- Comidas Gratis
- Precio Reducido

Fecha que la Comida Temporal Se termina: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN RECHAZADA PORQUE:**

- Ingresos Más Altos de lo Necesario
- Incompleta/Falta de Información
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha Cuando se Mandó la Nota

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial quien Aprobó esta Aplicación

\_\_\_\_\_  
Fecha