

Solicitud de comidas gratis o a precio reducido para todos los niños del hogar 2011 - 2012 — Mesquite ISD

Nuevo a Mesquite ISD

LLENE Y ENVÍE LA SOLICITUD EN LÍNEA en www.mesquiteisd.org/lunchapp

Use **tinta** negra o azul oscura, escriba claramente con letra de imprenta, complete una solicitud por hogar

PARTE 1 — Nombre de TODOS los niños en la escuela

| Núm. de identificación del estudiante o Núm. de seguro social (opcional) | Apellido | Primer Nombre | Inicial de Seg. Nom. | Fecha de Nacimiento (Opcional) | Niño(a) en Serv. Soc. | Grado | Código de Escuela |
|---|----------|---------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------|----------------------|
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | M M D D Y Y | <input type="checkbox"/> | | |

PARTE 2 — Número de SNAP o TANF

Si algún miembro de su hogar recibe SNAP o TANF, proporcione el número de grupo para calificar (si recibe, **PASE A LA PARTE 5**)

Núm. grupal de SNAP o TANF
para calificar

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

PARTE 3 — Sin hogar, migrantes, fugados de casa

Si usted está solicitando comidas gratis o a precio reducido para un niño(a) **sin hogar, migrante, o que se ha fugado de casa**, marque la asilla correspondiente y póngase en contacto con el(la) asistente administrativo o consejero de la escuela.

Sin hogar Migrantes Fugado de casa

PARTE 4 — Miembros de la familia e ingresos brutos del mes pasado

Escriba el nombre de cada persona que reside en el hogar. Por cada persona que recibe ingresos, escriba la cantidad y marque la frecuencia con que se recibe

Tamaño del hogar
(Número de personas
que viven en su casa)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| 1. Nombre (Apellido, Primer Nom.) <small>Anote a todos los que residen en el hogar. Adjunte una hoja aparte si es necesario.</small> | 2. Marque si NO recibe ingresos | 3. Ingresos y cada cuando se reciben: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = Dos veces al mes, M = Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------|--|---|-------------|------------------------------------|---|-------------|------------------------|---|-------------|---|--|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--------|---|
| | | Ingresos del trabajo antes de deducciones | | Fre-cuencia | Asistencia social, manutención de menores, pensión alimenticia | | Fre-cuencia | Pensión, Jubilación, Seguro Social | | Fre-cuencia | Cualquier otro ingreso | | Fre-cuencia | | | | | | | | | | | | | |
| Ejemplo: Smith, Jane B. | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 0 | 4 | 5 | 6 | W T | E | 5 | 0 | 2 | 0 | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | | W T | E | | | | | W T | M | | | | | W T | E | | | | | W T | M |

PART 5 — Firma y número de seguro social - (un adulto debe firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se ha completado la Parte 4, el adulto que firme la solicitud deberá anotar los últimos 4 dígitos de su número de seguro social o marcar el cuadro que indica que no tiene número de seguro social. (Véase el Acto de Privacidad en la parte posterior de esta página). Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he dado parte de todos los ingresos. Entiendo que el distrito escolar puede obtener fondos federales basados en la información que doy. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí Fecha de hoy

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| M | M | D | D | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|

 Últimos 4 dígitos del número de seguro social

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| * | * | * | * | * |
|---|---|---|---|---|

 No tengo un número de seguro social

Nombre (letra de imprenta) Teléfono de casa Teléfono de trabajo

Dirección particular Ciudad Estado

| | |
|---|---|
| T | X |
|---|---|

 Zona postal

Entregue la solicitud debidamente llenada a 800 E. Kearney, Mesquite, Texas 75149 o a la escuela de su hijo(a).
¡Para agilizar el trámite de su solicitud, llénela y envíela en línea en www.mesquiteisd.org/lunchapp hoy!