Escuelas Públicas del Condado de Fairfax ("FCPS")

5251605262

Solicitud Confidencial del Grupo Familiar para Comidas Gratuitas o a Precio Rebajado para 2009-2010

Complete UNA SOLICITUD por grupo familiar con bolígrafo azul o negro usando el formulario en inglés

Por favor lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud. NOTA: NO COMPLETAR TODA LA SOLICITUD RETRASARA EL PROCESAMIENTO. Si necesita ayuda para completar este formulario llame al 703-813-4800.

Parte 1. En la parte 1 anote en imprenta el nombre de todos los niños que asistan a "FCPS". Incluya fecha (s)de nacimiento, grado (s) y nombre de la escuela. (Use una solicitud para cada niño a cargo del servicio social)

Sólo para uso de la oficina Nº. de ident. del alumno	Escriba el nombre de todos los niños que asisten a "FCPS" Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento Dos dígitos para Mes / Día / Año	Grado	Nombre de la escuela	Número de caso de SNAP o de TANF

Si usted recibe "SNAP"(anteriormente Programa de Cupones de Alimento) o beneficios "TANF" para sus hijos, anote el número(s) de caso. NO complete las Partes 2, 3 ni 4. Vaya a la Parte 5.

Parte 2. Si el niño para el cual usted esta postulando no tiene domicilio fijo, es migratorio o fugitivo marque el cuadro apropiado y llame a la escuela para hablar con el encargado de personas sin domicilio fijo o el coordinador de personas migratorias. Complete las Partes 4, 5 y 6. ☐ Persona sin domicilio fijo ☐ Migratorio ☐ Fugitivo

Parte 3. ¿Es éste un niño a cargo del servicio social que es responsabilidad legal de los tribunales? Si es así, marque aquí ☐ y escriba el ingreso mensual para "uso personal" del niño aquí. Escriba "0" si el niño no tiene ingreso para uso personal. NO complete la Parte 4. Complete las Partes 5 y 6. $ ____ .00

Parte 4. LOS DEMÁS GRUPOS FAMILIARES: (Complete esta parte sólo si usted no completó la Parte 3 o si no anotó un número de caso de "SNAP" o de "TANF" en la Parte 1). Anote a todos los demás miembros del grupo familiar.

Nombres de los demás miembros del grupo familiar No complete si es un niño a cargo del servicio social o si anotó un número de caso de SNAP o de TANF en la Parte 1. Los nombres en las Partes 1 y 4 deben cuadrar con el tamaño del grupo familiar Anote a todos los adultos y otros niños que vivan en su hogar. No incluya a los alumnos nombrados en la Parte 1 ni a niños a cargo del servicio social.	Edad	Marque si no recibe ingreso	Anote el ingreso bruto en monto redondeado (ingreso antes de cualquier deducción). Oscurezca el círculo para indicar con qué frecuencia se recibe el ingreso (W) = Semanal (E) = Cada dos semanas (T) = Dos veces al mes (M) = Mensual Ingresos del rabajo antes de deducciones o Beneficios por Huelga, Cesantía, Compensación Laboral Trabajo 1	Trabajo 2	Pagos por Asistencia Social, Manutención para Menores, Pensión	Pagos de Pensiones Jubilaciones Seguro Social	Cualquier otro Ingreso
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)
		☐	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)	$ (W)(E)(T)(M)

Sólo para uso de la Oficina Tamaño del grupo familiar ____

Parte 5. Otros Beneficios: "Medicaid" y Seguro Médico: Su hijo puede ser elegible para otros beneficios. La escuela está autorizada a compartir la información en esta solicitud con "Medicaid" y el programa de seguro de salud infantil de Virginia llamado "FAMIS". Si usted no desea que se comparta esta información, debe hacérnoslo saber marcando el cuadro NO de abajo. Su decisión no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratuitas o a precio rebajado.

☐ NO, no quiero que los funcionarios escolares compartan información de mi solicitud para comidas gratuitas o a precio rebajado con "Medicaid" ni "FAMIS".

Parte 6. FIRMA Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar la solicitud antes de que se pueda aprobar. (Ver Declaracion de Acto de Intimidad en instrucciones.) MULTAS POR TERGIVERSACIÓN: Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que el número de SNAP o de "TANF" es correcto o que se han anotado todos los ingresos. Entiendo que se está dando esta información para el recibo de fondos federales; que funcionarios de la institución pueden verificar la información en la declaración y que la tergiversación deliberada de la información puede estar sujeta a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales correspondientes

☐ No tengo número de Seguro Social

X
Firma

Nombre del padre/madre/apoderado

Apellido del padre/madre/apoderado

Número de Seguro Social ___ - ___ - ____

/ /
Fecha en que se firmó

Dirección

No. de apartamento

Ciudad

VA
Estado

Código postal

( )
Teléfono de la casa

( )
Teléfono del trabajo

Declaración de No discriminación:De acuerdo con la ley federal y la poliza del Ministerio de Agricultura de los EE.UU, esta institución tiene prohibido discriminar en base a la raza, color de la piel, país de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una reclamación por discriminación escriba "USDA Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410" o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (voz y para sordos). "USDA" es una agencia y empleador que proporciona igualdad de oportunidades.

Devuelva la solicitud en el sobre que ya tiene dirección a "Office of Food and Nutrition Services, Fairfax County Public Schools, 6840 Industrial Road, Springfield, VA 22151"