

2010-2011 Solicitud de Comidas a Precio Reducido o Gratuitas para Varios Niños
USE TINTA NEGRA. ESCRIBA CON CUIDADO. LLENE UNA SOLICITUD POR FAMILIA; O UNA SOLICITUD POR CADA NIÑO
ASIGNADO POR SERVICIOS SOCIALES.



1 FAMILIAS CON NIÑOS ASIGNADOS POR SERVICIOS SOCIALES: Si el niño que vive en su casa es responsabilidad de alguna agencia de beneficencia o del tribunal, marque aquí Escriba el nombre y el ingreso de uso personal del niño en las secciones 2 y 3, marque la casilla si no recibe nada y pase a la sección 5.

2 ESTUDIANTES QUE ASISTEN A ST VRAIN VALLEY SCHOOL DISTRICT

Nombre Legítimo	Inicia	Apellido Legítimo	Fecha de Nacimiento M M D D A A	Grado	Nombre de la escuela	3	
						Número SNAP	Ingreso Bruto del ESTUDIANTE
						<input type="checkbox"/>	Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
						<input type="checkbox"/>	Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
						<input type="checkbox"/>	Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
						<input type="checkbox"/>	Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
						<input type="checkbox"/>	Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes

4 Escriba el nombre de todos los adultos y niños que no asisten a St Vrain Valley School District or SWSD

Nombre	Fecha de Nacimiento	Grado	Nombre de la escuela	Asistencia Social, por Divorcio o Separación		Pago de Pensiones, Jubilación/ Seguro Social	Trabajo 2 o Cualquier otro Ingreso	Llene el Círculo
				Manutención/Asistencia	Seguro Social			
								Llene el Círculo Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
								Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
								Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
								Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes
								Cada dos Semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes

5 NÚMERO DE MIEMBROS EN SU HOGAR. Sume todos los Nombres mencionados en las Secciones 2 y 4 (Escriba 1 si es un niño asignado por Servicios Sociales)

6 Domicilio _____, CO

Apt. ó # Lote _____

_____ Ciudad _____ Código Postal _____

7 Haga constar (aseguro) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos mis ingresos. Entiendo que la escuela obtendrá fondos Federales basados en la información que yo proporciono. Además, es de mi entender que las autoridades de la escuela pueden verificar (comprobar) la información en mi solicitud. También entiendo que si he dado información falsa, a propósito, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentos y yo podría ser procesado.

FIRMA: El adulto que ha llenado esta solicitud deberá firmar e incluir su número de Seguro Social. No se requiere el número de Seguro Social para quienes reciben Cupones de Alimentos o llenan la solicitud para Niños a cargo de Servicios Sociales.

Si usted no tiene número de Seguro Social, marque con X esta casilla.

*Número de Seguro Social del Adulto _____

UN MIEMBRO ADULTO DE LA FAMILIA DEBE FIRMAR

ESCRIBA SU NOMBRE EN IMPRENTA

FECHA DE HOY _____

MAIL TO: SWSD NUTRITION SERVICE, 2929 CLOVER BASIN DRIVE, LONGMONT, CO 80503

Si necesita información con respecto a un niño sin hogar, migrante o fuera de control, por favor llame 303-702-7793.