

**COTATI-ROHNERT PARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT - FOOD SERVICES  
5154 SNYDER LANE, ROHNERT PARK, CA 94928**

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS  
Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN AÑO 2009-2010**

**SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN ESTA SECCION:**

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA, CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOSFDPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER (DEBE TENER APLICACIÓN SEPARADA)		FOR SCHOOL USE ONLY
APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA (N/A, NINGUNA)	SI/ NO	ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO FS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPIR	SI/ NO	ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL MENSUAL DEL NIÑO	STUDENT ID

**SECCIÓN B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA:** SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKS, Kin-GAP, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o leche gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el numero del caso de Estampillas de Comida, CalWORKS, Kin-GAP, o FDPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.

APELLIDO PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY: TOTAL MONTHLY INCOME

**SECCIÓN C.** Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; Y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado /a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.

FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA	TELEFONO ( )	FECHA
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION	ESCRIBA SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#) AQUÍ, O ESCRIBA «NONE» SI USTED NO TIENE UNO	
DOMICILIO		
CIUDAD	CODIGO POSTAL	TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR

**SECCIÓN D. IDÉNTIDADÉS ÉTNICOS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)**

**1. Apunté uno o mas identidades raciales:**

- Indígena Americano o Nativo de Alaska   
 Asiático   
 Negro o Africano-Americano   
 Hawaiano Nativo u otro Islajero Pacifico   
 Blanco

**2. Apunté un identidad étnico:**  De origen Latino o Hispánico     No de origen Latino o Hispánico

**FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION**

- Free   
 Reduced   
 Denied   
 Categorically Free with Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR Benefits

Zero Income, Temporary Free Until (Up to 45 calendar days from date of this determination):    Direct Certified as:    H   M   R    EP

Year Round Track:    Household Size:    Household Income:

Determining Official:    Date:    2<sup>nd</sup> Review – Official:    Date:

Verification Official:    Date:    Follow up: