

**DISTRITO ESCOLAR DE KIONA-BENTON CITY #52**  
**SOLICITUD FAMILIAR PARA ALIMENTOS GRATUITOS Y DE PRECIO REDUCIDO 2008-2009**

- 1. Llene esta aplicación, firmela y regrésela al domicilio:** Kiona-Benton City District #52 ♦ Food Service Department ♦ 1107 Grace Avenue ♦ Benton City, WA 99320. Anote todos los niños(as) que viven con usted, excepto niños(as) de cuidado temporal. Lea la Sección 3 de niños de cuidado temporal. Si su niño(a) recibe Alimentos Básicos-estampillas de comida- TANF ó FDIPIR escriba el número de caso en la última columna. Si usted ha escrito un número de caso para cada estudiante sáltese a la Sección 4.

Apellido Paterno	Primer Nombre	NO. De Identificación Del Estudiante	Nombre de la Escuela	Ingreso Mensual del hijo(a) Beneficios de SS, trabajo del estudiante	Marque la caja si recibe Alimentos Básicos o TANF	Marque la caja si recibe FDIPIR	Numero de Caso
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- 2. Anote todos los miembros de su hogar.** Escriba el monto de los ingresos DINERO ANTES DE DEDUCCIONES de cada persona. Si la persona no recibe ingresos marque la caja en la última columna.

Nombre de los Adultos de su hogar		Ingreso bruto (antes de restar los impuestos o otras deducciones) El Ingreso se debe de poner en una columna solamente, a menos que el individuo tenga mas de un ingreso				Ingreso Mensual de Pensión, jubilación, Manutención para los hijos, discapacidad, Seguro Social.	Marque la caja si NO recibe ingresos.
Apellido Paterno	Primer Nombre	Una Vez al Mes	Dos Veces al Mes	Quincena	Semanal		
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

- 3. Niño(a) bajo Cuidado Temporal** – Anote el niño(a) bajo cuidado temporal e incluya sus ingresos personales. Si el niño(a) no tiene ingreso escriba "0".

Nombre del Niño(a) bajo cuidado temporal	Numero de Identificación del Estudiante	Ingreso Personal	Escuela	Grado

- 4. Firma y Numero de Seguro Social** – Yo Certifico que toda la información es verídica y que he reportado todos mis ingresos y también el número de Alimentos Básicos ó TANF son verdaderos. Yo entiendo que esta información es dada para recibir fondos federales; también que funcionarios de la escuela pueden verificar la información en esta solicitud. Entiendo si doy información falsa, mis niños pueden perder el derecho a obtener beneficios de alimentos y puedo ser enjuiciado bajo las leyes federales y estatales.

Nombre con letra de molde del Jefe de Familia   Firma del Jefe de Familia   Fecha	Marque la caja si no tiene número de Seguro Social.  Numero de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> Yo no tengo numero seguro social  Dirección _____  Ciudad y Código Postal _____  Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____
---	---

¿Necesita seguro medico gratis o de bajo costo para sus niños? Puede obtener una solicitud de seguro en la oficina de la escuela o llamando al 1-800-543-7669.

- 5. Otros Beneficios** – Marque aquí  y firme abajo si usted quiere dar permiso a funcionarios de la escuela de proveer la información contenida en esta aplicación a otras agencias para determinar la elegibilidad de su hijo (a) para otros beneficios escolares. Solamente un padre ó guardián puede firmar esta forma para poder dar la información confidencial.

Yo entiendo que estaré dando permiso y información que muestra que estoy aplicando para recibir beneficios de alimentos gratuitos ó de precio reducido bajo los Programas de Nutrición de la Niñez. Solamente por estos propósitos yo doy mi permiso dando mi información confidencial.

Firma del Padre / madre ó Tutor \_\_\_\_\_

