Idalia School District 2022-2023 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido Solicite en línea en idaliaco.us Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

PASO 1	Mencione a todos los e	studiantes que asiste	en Idalia School District RJ-3 (si no	ecesita más espacios para nombres ac	dicionales, adjunte otra hoja)		
	Nombre del estudiante	e Inicial	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento M M D D A A	Grado Marque Niño de Head Bajo Custodia Acogida Start Temporal Sin Hogar Migran		
				M M D D A A	todas las que		
					apliquen. Lea Cómo solicitar		
					comida comida escolar		
					gratuita y de precio		
					reducido para más		
					información.		
PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.							
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias							
Necesitadas	Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa						
Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Provea el número de caso y vaya al Paso 4. Número de caso SNAP Número de caso TANF Número de caso FDPIR							
PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omita este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)							
A. Ingreso	os del estudiante			¿Con qué frecuencia?			
Por favor inc	eluya el ingreso TOTAL, si algu	no, recibido por los estudi	iantes mencionados antes.	el estudiante			
B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)							
Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES) por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que							
*	informar ingresos.		¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia?		
Nombre de otr	ros miembros del hogar (Nombre y apellio	lngresos del trabajo	Asi	stencia pública/ nutención de ss/Manutención de cónyuge Semanal Cada 2 2x Mes Mensual Ar	Pensiones/Jubilación/ Cualquier otro ingreso Semanal Cada 2 2x Mes Mensual Anual		
		s	0 0 0 0 s	0 0 0 0	O s O O O O O		
		s	\bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc \bigcirc	0000	O s O O O O O		
		s					
		3	0 0 0 0 0				
		S			0 5 0 0 0 0 0		
Total de mien	nbros del hogar (estudiantes y adul	tos)	Últimos números del Seguro Social (o marque 'NO SSN' SOLO si comp		Marque si no tiene SSN		
PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: Idalia School District RJ-3, PO Box 40, Idalia CO 80735							
"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".							
				СО			
Dire	ección postal o PO Box	# Apt o # Lote	Ciudad	Código postal	Dirección de correo electrónico		
	Teléfono	TIDM A	del miembro adulto del hogar	Nombre y apellido de la persona que f	firma en letra de imprenta Fecha de hoy		
PASO 5	Divulgación de inform	nación		romore y apemoo de la persona que i	and on road of improved 1 Cold of Noy		
OPCIONAL Identidad racial y étnica de los niños							
compartir su información con nadie más. Usted no está obligado a consentir a la divu programas que marque una de las casillas a continuada afectará el cumplimiento de su estudiante con los requisitos para recibir comidas escolares. Su información SERÁ compartida a menos que usted marque una de las casillas a continuada no consentir a la divu							

de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Esta información se solicita únicamente con el propósito de determinar el cumplimiento del Estado con las leyes federales de derechos civiles, y su respuesta no atectara la consuderación de su sonicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. Al proporcionar esta información, nos ayudará a garantizar que este programa se administre de manera no discriminatoria. Si el solicitante se niega a identificarse a sí mismo, la identificación de su raza y etnia se realizará mediante registros del distrito o identificación visual y se registrará en el sistema de datos.

Etnica (marque una): Hispano o latino Ni hispano ni latino	_	_					
Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska	Asiático Negro o afroamericano	Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco					
Podría también calificar para el Programa de Asistencia Nutr	icional Suplementaria. Vea más i	nformación a continuación.					
NEED HELP BUYING GROCERIE	S?	Colorado PEAK es un servicio en línea para los residentes de Colorado para evaluar y solicitar programas de					
 Receive one-on-one assistance with applying for food stamp 	COLORAD						
 Referrals to food pantries and free meals Get information on child and senior nutrition programs 	PEAK	Para conocer más, visite coloradopeak.force.com					
FOOD Resource Hotline CALL US TODAY! STATEWIDE, TOLL-FREE TOLL-FR		Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta olicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar omida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro úmeros del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro úmeros del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria NAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas ANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones dígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco ecesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo ene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y esayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de ducación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de las programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados e investigar violaciones del reglamento programático.					
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SOLO PARA USO DEL DISTRITO HÜNGER HUNGERFREECOLORADO HUN							
Application Type: Total Household Income: \$ Household Size: Household Income Frequency - Weekly Bi-Weekly 2x/Mor Categorical Eligibility - SNAP FDPIR TANF Foster Homeless/Migrant/Runaway/Head Star	:Application Approved Approved Approved Denied -	on Status:					
Determining Official Signature:	Approval/Denial Date:	Notification Sent:					
Determining Unitial Signature.	Appioval/Defilal Date.	Notification Sent.					