

Una nueva aplicación es requerida al comienzo de cada

# Año Escolar 2009-2010 UNA SOLICITUD POR FAMILIA

## Solicitud para alimentos gratis ó a precio-reducido

Para solicitar alimentos gratis ó a precio reducido para sus niños, complete esta solicitud **CON TINTA** y envíela a Walla Walla School District No. 140 • Food Services Department • 364 South Park St. • Walla Walla, WA 99362  
Si tiene preguntas o necesita ayuda, llámenos al 527-3016 ó hable con un visitante de hogar de la escuela.

(Spanish ONLY speakers please call Veronica at 527-3000)

 **New to District**

### Parte 1 – ESCRIBA EL NOMBRE DE TODOS LOS NIÑOS

No Cantidad de Dólares

Nombres de **todos los niños** que viven en su hogar.

Nombre del niño		Grado	Nombre del Escuela a la	Marque si es *niño de crianza (Foster)	INGRESOS DEL ¿CON QUE FRECUENCIA? NIÑOS Los beneficios de SSI del niño, etc.	COMIDA BASICA Numero	TANF Numero	FDPIR (Numero) Programa de alimentos de las reservas indígenas
Ultimo (Apellido)	Primero							

*\*Un(a) niño(a) de crianza es el que vive con una familia, pero que está bajo la responsabilidad legal de la corte o una agencia pública de bienestar social.*

### Parte 2 – INGRESO

Escriba la cantidad de ingresos (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) que cada persona en el hogar recibe, anotarlos sobre la misma línea de su nombre. También debe de indicar la frecuencia en la que se recibe la cantidad (mensual, dos veces por mes, cada dos semanas ó semanalmente).

Nombres de todos los adultos que viven en su hogar		Trabajo 1		Trabajo 2		Otros Ingresos/Con Qué Frecuencia pagos de pensiones, jubilación, ayuda infantil, welfare, desempleo o los beneficios de seguro social
Ultimo (Apellido)	Primero	Cantidad	¿Qué tan Seguido?	Cantidad	¿Qué tan Seguido?	

### Parte 3 – FIRMA

Declaro que toda la información anterior es verídica y correcta y que he informado todos los ingresos. Entiendo que estoy dando esta información para poder recibir fondos federales y que el personal de la escuela podrá verificar y que la información fraudulenta suministrada deliberadamente podrá traerme consecuencias de enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.

\_\_\_\_\_  
**Firma del adulto, miembro del hogar**
\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso del adulto, miembro del hogar
 \_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Domicilio
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad Y Código Postal

\_\_\_\_\_  
 teléfono del trabajo
 \_\_\_\_\_  
 teléfono del hogar
 \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social

No tengo número de seguro social.

**APPLICATION NUMBER**

#### FOR FOOD SERVICES OFFICE USE ONLY – Do Not Write in This Section

Free  
  Reduced  
  Temporary Free  
  Denied  
  Skyward  
  Letter

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature of Determining Official

