

# Solicitud para Comida Gratis o al Precio Reducido para 2026-2027

Devuelva la solicitud directamente a:  
Sherwood Montessori  
Salon#3

**Llene UNA Solicitud por Casa \*\*\*llene ambos lados del formulario\*\*\*\* PREGUNTAS? LLAME? 530-345-6600**

Parte1. APUNTE A TODOS LOS NINOS Y ESTUDIANTES DE LA CASA. MARQUE LA CAJA APLICABLE Y ESCRIBA EL NUMERO DE CASO SI RECIBEN BENEFICIOS DE ALGUN PROGRAMA ENUMERADO A CONTINUACION. TAMBIEN APUNTE A CUALQUIER ADULTO QUE RECIBE BENEFICIOS Y EL NUMERO DE CASO.

| Nombre completo de los niños/a<br>(Apellido Primer Nombre)<br>Incluya a los que no van a la escuela | Nombre de la escuela que asista o N/A | " X " si es adulto | Si cualquier miembro de su casa recibe beneficios de CalFresh (ayuda de comida) Cal Works (Oportunidad de Trabajo y responsabilidad de los niños) o FDPIR (Distribución de comida en reservas de Indígenas), provea el número de caso a continuación y sátese a la parte 2 (NO PROVEA INFORMACION DE MEDICAL).<br>Si no reciben nada de ayuda sátese a la parte 2. |                                                          | Marque "X" si es niño/a de adopción | Si es niño/a de adopción, apunte sus ingresos personales |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                                     |                                       |                    | Marque la caja si es pertinente e indique el número de caso en la próxima columna                                                                                                                                                                                               | Indique el número de caso (No el # de la tarjeta de EBT) |                                     |                                                          |
|                                                                                                     |                                       |                    | <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                     | \$                                                       |
|                                                                                                     |                                       |                    | <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                     | \$                                                       |
|                                                                                                     |                                       |                    | <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                     | \$                                                       |
|                                                                                                     |                                       |                    | <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                     | \$                                                       |

Parte 2. SECCION DE INGRESOS: APUNTE A TODOS LOS ADULTOS DE LA CASA Y A TODOS LOS INGRESOS DE LA CASA DEL MES PASADO ANTES DE LAS DEDUCCIONES. INCLUYA CUALQUIER INGRESO RECIBIDO POR O PARA UN Niño/A. MARQUE "X" EN LA COLUMNA PARA INDICAR FRECUENCIA.

| Nombre completo de TODOS LOS ADULTOS, que tengan ingreso o no.<br><br>También apunte cualquier ingreso recibido por o para un niño/a. Incluya sueldos de trabajo, SSI, manutención de menores, y pagos de Apoyo de Adopción | NO TIENE INGRESOS MARQUE "X" EN LA CAJA PERTINENTE. |                      |         |           |         |                                             |                      |         |           |         |                                                                                    |                      |         |           |         |                                                    |                      |         |           |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|---------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|----------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                             | Todo sueldo de trabajo (antes de las deducciones)   | " X " NO HAY INGRESO | Semanal | Quincenal | Mensual | Manutención de menores, Pensión matrimonial | " X " NO HAY INGRESO | Semanal | Quincenal | Mensual | SSI, Seguro Social, Pensión, Jubilación, Beneficios de Veteranos o de Discapacidad | " X " NO HAY INGRESO | Semanal | Quincenal | Mensual | Todo otro ingreso (beneficios de desempleo, etc..) | " X " NO HAY INGRESO | Semanal | Quincenal | Mensual |
| \$                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                      |         |           | \$      |                                             |                      |         |           | \$      |                                                                                    |                      |         |           | \$      |                                                    |                      |         |           |         |
| \$                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                      |         |           | \$      |                                             |                      |         |           | \$      |                                                                                    |                      |         |           | \$      |                                                    |                      |         |           |         |
| \$                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                      |         |           | \$      |                                             |                      |         |           | \$      |                                                                                    |                      |         |           | \$      |                                                    |                      |         |           |         |
| \$                                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                      |         |           | \$      |                                             |                      |         |           | \$      |                                                                                    |                      |         |           | \$      |                                                    |                      |         |           |         |

NUMERO TOTAL DE PERSONAS EN SU CASA (NINOS + ADULTOS) \_\_\_\_\_

PART3. CONTINUACION AL OTRO LADO



**PARTE 3. UN ADULTO DE LA CASA NECESITA FIRMAR LA SOLICITUD. SI SE HA LLENADO PARTE 2 (sección de ingresos), EL ADULTO QUE FIRMA EL FORMULARIO NECESITA PROVEER LOS ULTIMOS CUANTO DIGITOS DE SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL O MARCAR LA CAJA DE "NO TENGO NUMERO DE SEGURO SOCIAL" (véase la declaración a continuación)**

*Yo certifico (prometo) que toda la información es esta solicitud es verdad y que he reportado todos los ingresos. Yo comprendo que la escuela recibirá fondos federales según la información que proveo. Yo comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (chequear) esta información. Yo comprendo que, si yo doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado. Yo comprendo que se puede compartir el estado de elegibilidad de mis niños como permitido por la ley.*

|                                       |                |                                                                             |                            |                                                                  |
|---------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL ADULTO (IMPRIMIDO):</b> |                | <b>FIRMA DEL ADULTO (requerido)</b>                                         |                            | <b>Facha:</b>                                                    |
| <b>DIRECCION POSTAL:</b>              |                | <b>ULTIMOS 4 DIGITOS DE SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL:</b><br><br>XXX-XX-_____ |                            | <b>No tengo número de seguro social</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>CIUDAD:</b>                        | <b>ESTADO:</b> | <b>CODIGO POSTAL:</b>                                                       | <b>NUMERO DE TELEFONO:</b> | <b>COREO ELECTRONICO</b>                                         |

El Código Educativo de California Sección 49557(a): Se puede entregar solicitudes para comida gratis al precio reducido a cualquiera hora del día escolar. Niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar NO serán identificados por el uso de fichas, boletos, o líneas de servicio especiales; entrada o lugares de comer separados; o por cualquier otra manera.

**Parte 4. IDENTIDAD ETNICA Y RACIAL DE LOS NINOS (OPCIONAL)**

- 1.) Marque uno o más identidades raciales: ☐ Asiático ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Africano Americano ☐ Blanco ☐ Nativo Hawayano u otro Isleño del Pacifico
- 2.) Marque su identidad étnica: ☐ Hispano o Latino ☐ NO Hispano o Latino

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar de Richard B. Russell requiere la información de esta solicitud. Used no tiene que proveer la información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su niño/a para comida gratis o al precio reducido. Si usted entrega una solicitud basada en los ingresos, necesita incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del adulto que firma la solicitud. No se quieren los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social cuando se solicita por parte de un niño/a de adopción; provee un numero de caso de CalFresh, Cal WORKS, o FDPIR provee otro identificador de FDPIR para su niño/a; o indica que el adulto de la casa que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social. Usa rémenos la información del número de personas en su casa y sus ingresos para determinar si su niño/a califica para comida gratis o al precio reducido, y para la administración y la aplicación del programa del almuerzo y desayuno.

**\*\*\*\*\*NO COMPLETE LA INFORMACION DE ABAJO. ES PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE\*\*\*\*\***

Household size: Household Total Income: Per: ☐ Week ☐ Every Two Weeks ☐ Twice A Month ☐ Month ☐ Year

Application Approved as  
FREE based on:

☐ Reduced-priced

Application Denied based on:

☐ Household Income

☐ Income too high

☐ Application Incomplete

EP ☐

Selected for Income Verification ☐

☐ CalFresh

☐ CalWORKs

☐ FDPIR

☐ Zero Income

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

☐ Directly Certified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway ☐ Head Start

Follow-Up Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

☐ Foster Child

Verification Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

The USDA and CDE are equal opportunity providers and employers.