

# Solicitud de comidas escolares gratis y a precio reducido 2021-2022. Escuelas Públicas de Jeffco

Complete una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo con tinta negra o azul (no lápiz).

Presente la solicitud en línea en <https://schoolcafe.com>

## PASO 1: Incluya todos los estudiantes en las Escuelas Públicas de Jeffco (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel).

Nombre del/de la estudiante	2 <sup>a</sup> Inicial	Apellidos del/de la estudiante	Fecha de nacimiento						Grado	En sistema de crianza	Huyó de casa	Sin hogar	Programa Migrante
			M	M	D	D	A	A					
										<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"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las que apliquen. Para más información lea: **Como presentar una solicitud para comidas escolares gratis y a precio reducido.**

## PASO 2: Si alguno de los miembros del hogar (incluyendo a usted) recibe ahora ayuda de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR incluya el número de caso.

Programa de Asistencia Complementario de Nutrición (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) (por sus siglas en inglés). **Proveer el número de caso y saltar al Paso 4.**

SNAP

TANF

FDPIR

## PASO 3: Incluya los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si incluyó el N.º de caso en el PASO 2).

### A. Ingresos del estudiante:

Incluir el ingreso **TOTAL** recibido por todos los estudiantes incluidos arriba, si es que hay.

Ingresos del estudiante	¿Con qué frecuencia?				
	Semana	C/2 seman	2x mes	Mes	Año
\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> A

W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = 2 veces al mes, M = Mensual, A = Anual

### B. Todos los integrantes restantes del hogar (incluyendo a usted):

Enumere a continuación a todos los integrantes del hogar no incluidos en el Paso 1 (incluido usted) aún si éstos no perciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si reciben ingresos, incluya el **INGRESO TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y OTRAS DEDUCCIONES)** de cada fuente, sin decimales. Si no perciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja cualquier campo en blanco, certifica (promete) que no tiene ningún ingreso que reportar.

Nombre de todos los otros miembros en el hogar. (Nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?					Asistencia pública / manutención del menor / pensión (alimony)	¿Frecuencia?					Pensiones / jubilación / otros ingresos	¿Frecuencia?				
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>												
	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>												
	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>												
	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>												

Total de personas en el hogar (Estudiantes y adultos de los Pasos 1 y 3)

Últimos cuatro dígitos del seguro social (SSN) o marcar "No SSN" del adulto que firma este formulario solo si se completó el Paso 3B. \*\*\* - \*\* -

Marcar si No SSN

## PASO 4: Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud será utilizada en coordinación con programas educativos estatales y podrá ser compartida con Medicaid u oficinas del Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado (SCHIP). Si su hijo/a reúne los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido, la presente información se podrá compartir con la escuela o el distrito con la finalidad eximir pagos para programas escolares o distritales que posiblemente sus niños tendrían que pagar. La escuela y el distrito no están autorizados a compartir su información con terceros. No es obligatorio autorizar la divulgación de esta información; esto no afectará a la aceptación de sus hijos en el programa de alimentos escolares.

Compartan mi información para ser exonerado de las cuotas de mi escuela o programa.

NO compartan mi información para ser exonerado de las cuotas de programas de mi escuela o programa.

## PASO 5: Información de contacto y firma del adulto/a. Enviar por correo la solicitud firmada y completa a: 809 Quail St. Building 1 Lakewood, CO 80215

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que informé todos los ingresos recibidos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que es posible que los oficiales escolares la verifiquen. Tengo conocimiento de que toda información falsa que suministre intencionalmente podría motivar la cancelación del programa de alimentos para mis hijos/as y mi procesamiento conforme a las leyes estatales y federales correspondientes".

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección o apartado postal	# de Apt. o # de lote	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono de la casa o del celular	Correo electrónico			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
FIRMA del adulto miembro en el hogar (Requerido)	Nombre y apellidos del que firma en letra de imprenta			Fecha de hoy
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

Ver el reverso de la solicitud



**OPCIONAL: Información racial y de grupo étnico de los niños**

Se nos requiere que pidamos la siguiente información sobre la raza y el grupo étnico de sus hijos. Esta información es importante porque nos ayuda a asegurarnos de que servimos plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta a la calificación de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Grupo étnico (marque uno)**  Hispano o latino  No hispano o latino

**Raza (marque uno o varios)**

Indio americano o nativo de Alaska  Negro o afroamericano  Asiático  Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico  Blanco

**Tal vez califique para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria. Lea la siguiente información.**

**NEED HELP BUYING GROCERIES?**

- Receive one-on-one assistance with applying for **food stamps**
- Referrals to **food pantries** and free meals
- Get information on child and senior **nutrition programs**

**Food Resource Hotline**  
CALL US TODAY! STATEWIDE, TOLL-FREE **855-855-4626**  
METRO DENVER **720-382-2920**

**¿NO LE ALCANZA EL DINERO PARA COMPRAR COMIDA?**

- Reciba ayuda personalizada para solicitar las **estampillas de comida**
- Derivaciones a **bancos de comida** y comidas gratis
- Obtenga información sobre **programas de nutrición** para niños y ancianos

**Línea Directa de Recursos de Comidas**  
¡LLÁMENOS HOY! LÍNEA ESTATAL **855-855-4626**  
METRO DENVER **720-382-2920**

**HUNGER FREE COLORADO** [HungerFreeColorado.org](http://HungerFreeColorado.org)



**Colorado PEAK** es un servicio en línea para residentes de Colorado por el cual pueden solicitar y calificar a programas de asistencia médica, de alimentos y dinero en efectivo. Más información en [coloradopeak.force.com](http://coloradopeak.force.com)

La Ley Nacional Richard B. Russell de almuerzos escolares exige que se pida la información en esta solicitud. No tiene que proveerla si no lo desea, pero si no presenta toda la información necesaria, no podremos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social del principal proveedor u otra persona adulta del hogar que firme la solicitud. No tiene que incluir el número del Seguro Social cuando presenta la solicitud para un menor en el sistema de crianza o bien si incluye un número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), u otros identificadores de FDPIR para sus hijos, o cuando indique que la persona adulta del hogar que firme la solicitud no tiene un número del Seguro Social. Usaremos su información a fin de determinar si sus hijos/as cumplen los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido y para la administración e implementación del programa de almuerzos y desayunos. Es posible que compartamos su información del cumplimiento de los requisitos con otros programas educativos, de salud y de nutrición para contribuir a que se evalúen, financien o determinen beneficios para dichos programas, con auditores que evalúan los programas y con las autoridades que investiguen infracciones de las reglas del programa.

**SOLO PARA USO DEL DISTRITO. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**

**Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; 2 Times per Month x 24; Monthly x 12**

Application Type:

Total Household Income: \$ \_\_\_\_\_

Household Size: \_\_\_\_\_

Household Income Frequency:

Weekly  Bi-Weekly  2x/Month  Monthly  Annually

Categorical Eligibility:

SNAP  FDPIR  TANF  Foster

Homeless/Migrant/Runaway/Head Start

Application Status:

Approved:

Free  Reduced

Denied:

Over Income Guidelines  Incomplete/Missing:

Notes: \_\_\_\_\_

Determining Official Signature:

Approval/Denial Date:

Notification Sent: