

2017-18 Glenview Community Consolidated School District 34

SOLICITUD DE LECHE /COMIDA GRATIS YA PRECIOS REDUCIDOS—Complete una solicitud por hogar por distrito escolar. Las instrucciones están al reverso.

PARA LA ESCUELA SOLAMENTE

1. Todos los miembros del hogar (Anexe otra hoja de papel de ser necesario.)

Check if Error Prone Application

NOMBRES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR <small>(para estudiantes solamente)</small> Nombre, Apellido	Nombre de la escuela	Grado	NÚMERO DE CASO SNAP O TANF <small>Saltar a la Parte 4 si anota un número de caso SNAP o TANF. Al menos un SNAP/ TANF deben proporcionarse a continuación.</small>												Marque si es hijo de crianza*			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				

2. Sin hogar, migrante, fugitivo, o Head Start (categóricamente elegible) * Un hijo de crianza es la responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o una corte.

Sin hogar Migrante Fugitivo Head Start

Firma de su Enlace escolar sin hogar, Coordinador de migración, o Director de Head Start _____ Fecha _____

3. Total de ingresos brutos del hogar (antes de deducciones) Usted debe decirnos cuánto y con qué frecuencia.

A. NOMBRES (LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON INGRESOS)	INGRESO BRUTO Y QUÉ TAN A MENUDO LO RECIBE (EJEMPLO: \$100/MES; \$100 /DOS VECES AL MES; \$100/CADA DOS SEMANAS; \$100/SEMANA)							
	Ingresos del trabajo (Antes de las deducciones)		Blenestar, Manutención, Pensión alimenticia		Pensiones, Retiro, Seguro social		Comp. del trabajador, Desempleo, SSI, etc. (Cualquier otro ingreso)	
	B. Monto	¿Qué tan a menudo?	C. Monto	¿Qué tan a menudo?	D. Monto	¿Qué tan a menudo?	E. Monto	¿Qué tan a menudo?
i.	\$		\$		\$		\$	
ii.	\$		\$		\$		\$	
iii.	\$		\$		\$		\$	
iv.	\$		\$		\$		\$	
v.	\$		\$		\$		\$	

4. Signature and Social Security Number (Adult must sign)

Un adulto debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado o si no hay ingresos marcados en la Parte 1, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social o marcar la casilla *No tengo un número de seguro social*. Yo no tengo un seguro social

X X X - X X - _____
Número de seguro social

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que doy. Entiendo que oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Fecha _____ Nombre impreso de un miembro adulto _____ Firma de un miembro adulto del hogar _____

5. Contact Information (Optional)

Work Telephone Number (Include Area Code) _____ Home Telephone Number (Include Area Code) _____ Home Address (Number, Street, City, State, Zip Code) _____

6. Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)

Marque una identidad étnica: Hispano / Latino No Hispano / Latino

Marque una o más identidades raciales: Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico
 Blanco Indígena de los EE.UU. o Alaska

7. Compartiendo información con el programa All Kids—All Kids es un programa de salud completa para todos los niños de Illinois.

¡No! Yo NO QUIERO que la información de mi Solicitud de Elegibilidad del hogar sea compartida con All Kids. *Firme aquí:* _____

— LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA SU ESCUELA SOLAMENTE —

INITIAL DETERMINATION

TOTAL INCOME \$ _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year NUMBER IN HOUSEHOLD: _____ CHANGE IN STATUS: _____ Date _____

LEAs must annualize income only when multiple incomes, at varying frequencies, are reported.
Annual Income Conversion Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12

Free based on:
 homeless migrant runaway Head Start

SNAP or TANF foster child household's income

Reduced based on:
 household's income

Denied—Reason:
 income too high incomplete application Non-qualifying SNAP/TANF

Signature of Determining Official _____ Date Withdrawn: _____ Date: _____

THE FOLLOWING SECTIONS ARE NOT REQUIRED FOR SCHOOLS/DISTRICTS THAT ONLY PARTICIPATE IN ILLINOIS FREE AND/OR SPECIAL MILK PROGRAMS

CONFIRMATION (Prior to verification and only for those applications selected for verification.) Signature of Confirming Official _____ Date: _____

DIRECT VERIFICATION COMPLETED <input type="checkbox"/>	INITIAL DETERMINATION	VERIFICATION RESULTS:	REASON FOR CHANGE:	DATE NOTICE OF STATUS CHANGE SENT: _____
DATE VERIFICATION NOTICE SENT: _____	<input type="checkbox"/> Free based on SNAP/ TANF case number <input type="checkbox"/> Free based on income <input type="checkbox"/> Reduced based on income	<input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	<input type="checkbox"/> Income: \$ _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in SNAP/TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____	EFFECTIVE DATE OF STATUS CHANGE: _____
DATE RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD: _____ <small>(recommend 10 calendar days)</small>	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Personal Contact	Verifying Official's Signature _____		Date: _____
DATE, METHOD, RESULTS OF FOLLOW-UP: _____ <small>(recommend 3 business days)</small>	Results			