

Formulario de Matrícula Sierra Grande

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Género
Apellido:	Grado:	Lugar de Nacimiento:	FN:
Hispano/Latino? Si No (circle one)	Raza:	Lenguaje del Hogar:	
Acceso a Internet?	SSN:	Email:	

Residencia Primaria (En la cual el Estudiante Reside)

Postal:	Calle:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Ciudad:	Estado:
	Código Postal:	

Información de los adultos que residen en la dirección arriba indicada

Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:
Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:

Residencia Adicional (No Custodia)

Postal:	Calle:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Ciudad:	Estado:
	Código Postal:	

Información de los adultos que residen en la Dirección arriba indicada

Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:
Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:

Residencia Adicional (No Custodia)

Postal:	Calle:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Phone:	Ciudad:	Estado:
	Código Postal:	

Información de los adultos que residen en la Dirección arriba indicada

Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:
Nombre:	Relación:	Trabaja Para:
Trabajo #	Mobil #	Cuenta POL:
Email:	Email de trabajo:	Recibir correspondencia impresa:

Contactos de Emergencia: añadir adicionales no listados en las encasillados superiores

Nombre:	Relación:	Email:
Hogar #	Trabajo #	Mobil #
Nombre:	Relación:	Email:
Hogar #	Trabajo #	Mobil #
Nombre:	Relación:	Email:
Hogar #	Trabajo #	Mobil #

Información de Emergencia Médica

Médico:	Teléfono:	Hospital:
Notas Medicas:		

Información de la guardería (si aplica)

Proveedor:	Teléfono:
------------	-----------

Hermanos (ostros estudiantes viviendo en la misma dirección)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Grado	Fecha De Nacimiento	Escuela

Atte: _____ firma: _____ Fecha: _____

Name of Previous School: _____
 Phone Number _____ City / State _____

EMERGENCY & ILLNESS INFORMATION (IMPORTANT! RETURN FIRST WEEK OF SCHOOL)

Student's Name _____ Grade _____ Date of Birth _____ Today's Date _____

Parent's Name _____

Home Address _____ Phone _____

Father's Employer _____ Working Hours _____ Business Phone _____

Mother's Employer _____ Working Hours _____ Business Phone _____

Person to contact if parents are not available. (List someone locally. This must be filled out.)

Name _____ Address _____ Phone _____

Does your child have any unusual health conditions? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If YES, please indicate:	
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Wears Glasses	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Heart
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Sight impairment	<input type="checkbox"/> Internal Irregularities	<input type="checkbox"/> Deafness
<input type="checkbox"/> Kidney/Bladder	<input type="checkbox"/> Convulsive seizures	<input type="checkbox"/> Bee Sting Allergy	<input type="checkbox"/> Other Allergy _____
<input type="checkbox"/> Physical Handicap (describe) _____			
<input type="checkbox"/> Other _____			

Family Doctor _____ Office Phone _____

Family Dentist _____ Office Phone _____

If emergency treatment is required, and the parents or legal guardian cannot be reached immediately, your signature in the space provided below empowers the school authorities to exercise their own judgement in calling the physician indicated above, or if not available, to transport the child to a hospital emergency room. Likewise, your signature below authorizes the release of medical records pertinent to such an emergency room visit, as the School District may request for its files. This is a general authorization and is not sufficient for the release of confidential information protected by Federal Law.

Special Note: At anytime where the above information is changed, these changes must be submitted to the principal or authorized school personnel in writing.

Parent's Signature _____ Date _____

Please list the name, address, phone number and relationship of additional emergency contacts below:

Name	Address	Phone Number	Relationship to student
		Cell:	
		Home:	
		Cell:	
		Home:	
		Cell:	
		Home:	
		Cell:	
		Home:	

SIERRA GRANDE SCHOOL DISTRICT R-30

17523 Hwy 160 • BLANCA, CO 81123

(719)379-3257 • (719)379-3259

FAX (719) 379-2572

Cuestionario Sobre Los Idomas Del Hogar CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

Las leyes y reglas del gobierno federal requieren que los distritos escolares conozcan las idiomas que hablan los estudiantes para proteger sus derechos civiles. Gracias por completar esta forma.

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha.

Nombre del padre o personal responsable _____

Direction _____

1. ¿Aprendio su hijo(a) a hablar un idioma que no es el ingles, antes de que él/ella aprendiera ingles?
(Marque una) Si No
2. ¿Que tan frecuentemente se habla en su casa el idioma que no es el ingles?
(Marque solo una respuesta nomas.)
_____ a. El otro idioma solamente y no ingles.
_____ b. El otro idioma mas frecuentemente que el ingles.
_____ c. El otro idioma y el ingles mas frecuentemente que el otro idioma.
_____ d. Ingles mas frecuentemente que el otro idioma.
_____ e. Solamente ingle's.
3. Por favor describa el idioma que su hijo(a) habla. (Marque solo una respuesta.)
_____ a. Solamente habla otro idioma y no ingles.
_____ b. En su mayor parte habla otro idioma y un poco de ingles.
_____ c. Habla otro idioma y ingles igualmente.
_____ d. En su mayor parte habla ingles
_____ e. Solamente habla ingles.
4. Por favor describa el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque solo una respuesta.)
_____ a. Solamente entiende otro idioma y no ingle's.
_____ b. En su mayor parte entiende otro idioma y un poco de ingles.
_____ c. Entiende otro idioma y ingles igualmente.
_____ d. En su mayor parte entiende ingles y un poco del otro idioma.
_____ e. Solamente entiende ingles.
5. ¿Si su hijo(a) habla o entiende un idioma que no es el ingles, cual es esta idioma?
6. ¿Cual idioma prefiere usted que sean escritas las notas que vienen de la escuela?
Espanol o Ingles o _____
(Marque con una línea su preferencia.)
7. ¿Necesita alguien que traduzca para usted? (marque uno) Si No
8. ¿ Su hijo/a ha estado continuamente en Colorado los últimos 3 años? Si No
9. ¿ Su hijo/a Ha estado en los Estados Unidos continuamente por 3 años? Si No
10. Haga favor de indicar el idioma que mas se usa en su hogar : Ingles Español Otro _____

Firma del padre or persona responsable _____

Revised 7/2010



Programa Educativo Para Estudiantes Migrantes Encuesta Educativa

Región Suroeste de Colorado

Metas de Programa

- Se asegura de que los niños migratorios que se desplazan entre los estados no sean penalizados de alguna manera por las diferencias en el plan de estudios, los requisitos para la graduación y en el contenido académico del estudiante.
- Se asegura de que los niños reciban oportunidades adecuadas para cumplir con el mismo contenido académico y normas que se esperan que todos los niños cumplan.

NCLB, Title I-C "Sec. 130f

Para más información: http://www.cde.state.co.us/index_english.htm o <http://www.slvboces.org>

Atención: Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva esta hoja a la escuela lo más pronto posible.

- Por favor solo una encuesta por una familia.
- Si contestas 'no' en las primeras dos preguntas no es necesario continuar con la encuesta.
- Esta encuesta no es una forma de registración para el Programa de Educación Migrante.
- Esta encuesta será confidencial. *Gracias por su participación.*

1. ¿Tiene menos de 3 años viviendo en el distrito escolar donde vive? Sí No

2. ¿En los últimos 3 años, alguien de su familia ha tenido la intención o ha trabajado en agricultura en los últimos tres años?
 Sí No → *Si su respuesta es sí, ¿cuál(es)? Marque su respuesta con una "X".

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Semillas/ vegetales/ frutas | <input type="checkbox"/> Campos/ Ranchos/ Granja (Incluyendo lechería y césped) |
| <input type="checkbox"/> Matanza, empacadora de carne | <input type="checkbox"/> Aves de corral |
| <input type="checkbox"/> Invernaderos, viveros o florerías | <input type="checkbox"/> Huerta / hortaliza |
| <input type="checkbox"/> Forestación | |

3. Nombre de padres o guardianes: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____ # Apto.: _____
Ciudad: _____ Código: _____
#Teléfono: _____ ¿A qué hora podemos llamar? _____

4. Por favor anote a todos los menores de 21 años que viven en su hogar:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Escuela

Attention school staff: please mail to, Migrant Education Program/Southwest Region
2261 Enterprise Drive
Alamosa, CO 81101
719-587-5418 Fax 719-589-5007
Dr. Mary Valerio, Migrant Education Program Director



Questionario de Vivienda para los Estudiantes

El Acta de Asistencia Educativa protege y apoya los derechos educativos de estudiantes quienes no tienen una vivienda permanente. Sus respuestas ayudaran a determinar los servicios gratuitos a los que puede ser elegible el estudiante. como desayuno y comida, útiles escolares, información sobre los recursos en la comunidad, necesidades basicas, etc.

Esta información se tratará de manera confidencial para proteger la privacidad de la familia.

Situación actual de vivienda: (Por favor escoja la opción(es) que apliquen)

- la familia directa posee or renta la vivienda
- vive en un albergue
- vive en un motel, vehículo, o parque para acampar
- vive con otra familia o algún pariente por falta de recursos económicos
- vive en un alojamiento inadecuado
- vive en la calle or al aire libre
- joven que no experimente estabilidad por falta de recursos económicos

Fecha _____ Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Nombre de padres/guardián _____

Servicios que necesitan _____

Por favor regrese esta forma a Dawnia Cooper para el día 10 febrero 2010.

Por más información o para pedir ayuda, por favor llame:

Enlace de McKinney-Vento Eva Barela SLV BOCES 719-589-5851

Explicación a los Padres: Forma para Los Medios de Comunicación.

Existen varias veces durante el año escolar cuando el personal pide una entrevista y/o una fotografía de los alumnos. Esta forma es una de permiso pasiva. Si usted quiere que le tomen fotos a su alumno, entonces tiene dos opciones. Usted puede firmar la forma de abajo y su alumno puede traernos la forma a su primera clase del día y dársela a la maestra/o. También puede indicar su permiso simplemente con hacer nada o sea con no responder a esta forma. Si usted NO quiere que su alumno tome fotografías de varios eventos escolares entonces usted DEBE firmar la forma e indicar su preferencia. Todas las formas estarán en la oficina de la escuela.

Habrà ocasiones donde habrá fotografías y/o información de ganadores de concursos escolares, de trabajos del alumno, y de la vida dentro de la escuela que se pondrán en la página Web (de la red por Internet) de la escuela. Esta forma es para los medios de comunicaciones y servirá como permiso para poner información y fotografías en el sitio o en los periódicos (noticias).

*Forma de Los Medios de Comunicación
De la Escuela de Sierra Grande*

_____ Yo le doy permiso a la escuela/medios de comunicación (noticieros o periódicos) a tomar fotos/entrevistas a mi alumno. Entiendo que las fotografías o a entrevistas o información serán vistas por el público.

_____ No le doy permiso a la escuela/medios de comunicación para tomar fotografía o a darle entrevistas a mi alumno.

Nombre del Alumno: _____
Imprima el nombre bien o por maquina de escribir.

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Firma del Padre/Guardián _____

Formato de muestra para recopilar información
de los padres y tutores legales

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

GRUPO RACIAL/ÉTNICO QUE FIGURA EN EL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE

Parte A. ¿Es este estudiante hispano/latino? (Marque una sola respuesta.)

- No, no es hispano/latino.
- Sí, es **hispano/latino**: una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, de América del Sur o Central, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.

*La parte A de la pregunta se refiere al grupo étnico, no a la raza. **Independientemente de la respuesta que haya marcado en la Parte A, conteste la Parte B.** Marque una o más de las opciones a continuación para indicar la raza de su hijo(a) de acuerdo con su opinión.*

Parte B. ¿Cuál de estos grupos describe la raza del estudiante? (Elija uno o más.)

- Indígena americano o de Alaska**: una persona que descende de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación tribal o vínculo con esa comunidad.
- Asiático**: una persona que descende de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Índico, incluyendo por ejemplo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o afroamericano**: una persona que descende de cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- Hawaiano o isleño del Pacífico**: una persona que descende de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
- Blanco**: una persona que descende de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Medio Oriente o África del Norte.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Sierra Grande School District

ACCEPTABLE USE POLICY FOR INTERNET ACCESS

2011-2012

The Internet provides access to worldwide information, data bases, and program files in virtually every discipline and curricular area. However, there are also materials available which are not acceptable to K-12 education. All computers having Internet access must be used in a responsible, efficient, ethical and legal manner. Transmission of any materials in violation of any U.S. or state regulation is prohibited. Because misuse could endanger the privilege for everyone, we have adopted a policy that prohibits the following:

1. Profane or pornographic materials.
2. Materials which advocate violence or discrimination towards other people.
3. Materials which advocate illegal acts.
4. Copyrighted material.
5. Those materials which have been determined to be inappropriate by individual parents. Anyone who attempts to access such sites will lose their access immediately and be brought before the building administrator for whatever consequences may be appropriate. It is understood that Internet access is a privilege and not a right.

Sierra Grande School District makes no warranties of any kind, whether expressed or implied, for the service it is providing. The Sierra Grande School District will not be responsible for any damages a student may suffer in using the Internet. This includes loss of data resulting from delays, non-deliveries, or service interruptions. Use of any information obtained via the Internet is at the student's own risk. The Sierra Grande School District specifically denies any responsibility for the accuracy or quality of information obtained through this service.

Before any student is permitted access on the Internet, they must:

1. Sign this form acknowledging the agreement to use the Internet access in a decent and appropriate manner.
2. Obtain parents' signatures acknowledging that misuse is possible, and that Sierra School does not condone accessing these resources.
3. Complete the Internet training appropriate for each school in the district.
4. I will not attempt to access material that is profane, obscene, or pornographic or that advocates violence toward other people.
5. I will not attempt to gain unauthorized access to any computer system or go beyond my authorized access. This includes attempting to log in through another person's account or access another person's file.
6. I will not make deliberate attempts to disrupt the computer system or destroy data by spreading computer viruses or by any other means.

7. I will not use the computer to engage in any illegal acts such as threatening the safety of others.
8. I will not plagiarize works that I find on the Internet.
9. I am aware of those subjects which my parents have judged inappropriate and will not attempt to access these subjects.

YOUR SIGNATURE ON THE ACCEPABLE USE AGREEMENT IS LEGALLY BINDING AND INDICATES THAT THE PARTY (PARTIES) WHO SIGNED HAS (HAVE) READ THESE TERMS AND CONDITIONS CAREFULLY AND UNDERSTAND(S) THEIR SIGNIFICANCE.

Student Signature

Date

Student Name (Print)

Grade

As the parent or guardian of this student, I have read the Acceptable Use Agreement. I understand that this access is designed for educational purposes. I recognize that it is impossible for Sierra Grande School District to restrict access to all controversial materials and I will not hold Sierra Grande School District responsible for materials acquired through the Internet. Further, I accept full responsibility for supervision if and when my child's use is not in a school setting. I understand that unacceptable materials are accessible via my son/daughters' Internet access and I trust them not to abuse their privileges. I have instructed my child as to any additional materials and subjects that I feel are inappropriate.

Parent Signature

Date

Parent/Guardian Name (Print)

Sierra Grande Schools
 Transportation Department
 Bus Registration -- August, 2010

Parent's Name: _____ Phone #: _____

Child's Name: _____ Grade: _____

Physical Address: _____

Please provide us with the following information so we can provide reliable transportation to your student.

_____ Mornings: My child will ride from our home to [school].

_____ Afternoons: My child will ride from [school] to our home every afternoon. OR

_____ Afternoons: My child will ride from [school] to different locations in the afternoons.

(Please complete the table below –must be a designated stop location.)

Weekday	Name	Address	Phone#
Monday			
Tuesday			
Wednesday			
Thursday			
Early Release			

I acknowledge that the above information is correct. I have read and discussed the bus rules with my child. My child and I agree to follow the bus rules.

Parent Signature _____ Date _____

Student's Signature _____

****ALL BUS CHANGES NEED TO BE IN WRITING***

To be completed by the school district:

Teacher: _____ Bus# _____

**CARTA A LOS PADRES DE FAMILIA
2011-2012**

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comidas nutritivas para aprender. **Sierra Grande School** ofrece comidas nutritivas todos los días de escuela. El precio del desayuno es de **\$.50** y el almuerzo es **\$1.00**. Es posible que sus niños puedan calificar para comidas gratis o para comidas a precios reducidos. El precio reducido es de **\$.30** para el desayuno y **\$.40** para el almuerzo.

Los estudiantes de todos los grados que califiquen para comidas a precio reducido recibirán desayuno sin ningún cargo. Los estudiantes en grado pre-escolar hasta el 2^{do} grado que califiquen para comidas a precios reducidos también recibirán almuerzo sin ningún cargo.

Llene sólo **una Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido para todos los estudiantes en su familia**. No nos es posible aprobar una solicitud que esté incompleta, así que asegúrese de llenar toda la información necesaria. **Kathy Putney 17523 Hwy 160 Blanca Co 81123 719-379-3259**

Aquí mostramos algunas respuestas a preguntas que podrían tener sobre el proceso de solicitud:

Tabla de Ingresos			
Miembros de la familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Por cada miembro adicional de la familia se añaden:	\$ 7,067	\$589	\$136

- ¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria o SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) (anteriormente conocido como el Programa de Estampillas de Comidas), los niños en hogares que participan en el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas o FDIR (The Food Distribution Program on Indian Reservations), califican para comidas gratis sin importar sus ingresos. De igual forma, sus niños pueden recibir comidas gratis o a precios reducidos si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos.
- ¿Los niños en hogares sustitutos pueden recibir comidas gratis?** Sí, los niños que están bajo la custodia legal de un hogar sustituto o bajo la custodia de un juzgado califican para comidas gratis. Cualquier niño de un hogar sustituto califica para comidas gratis sin importar los ingresos.
- ¿Se verificará la información que yo proporcione?** Sí, es posible que le pidamos que envíe un comprobante de la información que usted proporcione.
- ¿Pueden recibir comidas gratis los niños sin hogar, que han dejado su casa, o niños de familias migrantes?** Por favor comuníquese con Kathy Putney para determinar si su(s) niño(s) califica, si no se le ha informado que recibirán comidas gratis. El hacer una nota que el estudiante no tiene hogar, ha dejado su casa o es un niño de una familia migrante en la solicitud no le calificará automáticamente para los beneficios de comidas gratis.
- Si yo no califico ahora, ¿podré llenar otra una solicitud más adelante?** Sí. Usted puede llenar una solicitud durante cualquier momento del año escolar si el número de personas en su familia aumenta, si su ingresos disminuyen, o si comienza a recibir beneficios de SNAP o FDIR. Si pierde su empleo, sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis o a precios reducidos durante el tiempo que usted esté desempleado.
- ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted debe de hablar con los administradores escolares. Usted también puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: Darren Edgar 17523 Hwy. 160 Blanca, CO 81123 719-379-3259.
- ¿Puedo llenar una solicitud si alguien en mi casa no ciudadano de los Estados Unidos?** Sí. Ni usted ni su(s) hijo(s) tiene que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para comidas gratis o a precio reducido.
- ¿A quién debo incluir como miembro de mi familia?** Usted tiene que incluir a todas las personas que viven en su casa, ya sean parientes de la familia o no (tal como abuelos, otros parientes, o amigos). Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños que viven con usted.
- ¿Qué sucede si mis ingresos no siempre llegan a ser la misma cantidad?** Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$1,000 cada mes, pero faltó unos días a su trabajo el mes pasado y sólo recibió \$900, anote que usted gana \$1,000 por mes.
- Estamos en el servicio militar, ¿debemos incluir la pensión de vivienda como parte de nuestro ingreso?** Si recibe un subsidio de vivienda fuera del área militar, se debe incluir como ingreso. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa para la Privatización de Vivienda Militar, no hay que incluir el subsidio de vivienda como ingreso.
- Mi cónyuge ha sido enviado a una zona de combate. ¿Se debe incluir el salario por combate como un ingreso?** No, si el salario por combate se recibe además de su pago básico debido a que ha sido enviado a la zona de combate y este salario no se recibía antes de ser enviado, entonces el salario por combate no debe ser incluido como ingreso. Comuníquese con la escuela para obtener más información.
- Yo recibo WIC. ¿Pueden recibir mi hijo(s) comidas gratis?** Los niños de familias que participan en el programa WIC pueden calificar para comidas gratis o a precios reducidos. Por favor llene una solicitud.

Si tiene otras preguntas o si necesita por favor llame al **719-379-3259**.

Atentamente,

**Kathy Putney
Food Service Director**

Declaración de la Norma de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos brinde.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podremos aprobar a sus niños para comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se requiere el número de seguro social cuando usted solicita en nombre de menores en hogares sustitutos o cuando usted anota el número de caso del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o del Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDIR) o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma esta solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si sus niños califican para comidas gratis o a precios reducidos, para la administración y para hacer cumplir las reglas de los programas de almuerzo y desayuno. PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar con la evaluación, financiamiento o para determinar beneficios para estos programas, lo cual se realiza por medio de auditores que evalúan estos programas, y por medio de personal judicial para ayudar a investigar el incumplimiento de las reglas de estos programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. "De acuerdo con la Ley Federal y la norma del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine basado en raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C., a llame gratis (855) 632-9992 (voz). Usaremos su información con discapacidades de oído o habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal Relay al (800) 877-8839; o en español al (800) 845-6136. El USDA es un empleador y proveedor de igualdad en las oportunidades de trabajo."

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

SI LA FAMILIA RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP) DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE COMIDA EN RESERVACIONES INDÍGENAS (FDPIR), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba el nombre de todos los estudiantes, indique la escuela, y el grado de cada estudiante.

Parte 2: Escriba el nombre del miembro de la familia que recibe el beneficio y escriba el número de caso.

Parte 3: Deje esta parte en blanco.

Parte 4: Deje esta parte en blanco.

Parte 5: Si no quiere compartir su información con el Medicaid o el SCHIP, marque este casillero.

Parte 6: Firme el formulario. NO es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social.

Si está solicitando beneficios para un niño MIGRANTE, SIN HOGAR, O QUE HA DEJADO SU CASA, favor de llamar a [your School, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]. El indicar que el niño no tiene hogar, es migrante o que ha dejado su hogar NO CALIFICA al estudiante para beneficios de comida; usted debe comunicarse con el coordinador. Para ser aprobado para beneficios de comida lo más pronto posible, favor de presentar la solicitud con la información de ingresos siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

SI ESTÁ USTED LLENANDO LA SOLICITUD EN NOMBRE DE UN NIÑO O DE VARIOS NIÑOS EN HOGARES SUSTITUTOS SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba el nombre de todos los estudiantes, indique la escuela, y el grado de cada estudiante. Marque el casillero de niño en hogar sustituto por cada uno de estos niños según corresponda.

Parte 2: Deje esta parte en blanco.

Parte 3: Deje esta parte en blanco.

Parte 4: Deje esta parte en blanco.

Parte 5: Si no quiere compartir su información con el Medicaid o el SCHIP, marque este casillero.

Parte 6: Firme el formulario. NO es necesario incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social.

TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, INCLUYENDO LAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE WIC Y LAS FAMILIAS QUE PROVEEN HOGAR SUSTITUTO PARA UN NIÑO (S) Y QUE ADEMÁS TIENEN SUS PROPIOS NIÑOS, SIGAN ESTAS INSTRUCCIONES:

Parte 1: Escriba el nombre de cada estudiante, la escuela, y el grado. Si el niño es un niño en hogar sustituto marque el casillero que así lo indica. Para todos los estudiantes en la lista, por favor indique la información de ingresos incluyendo la fuente de ingresos y la frecuencia del pago o indique que no recibe ingresos según el caso.

Parte 2: Deje esta parte en blanco.

Parte 3: Deje esta parte en blanco.

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar cualquier ingreso familiar. El ingreso puede ser del mes anterior, de éste mes, o los ingresos proyectados para el próximo mes.

Columna 1- Nombre: Escriba el nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar, ya sean parientes de la familia o no (tal como abuelos, otros familiares, o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo(a) y a todos los niños que viven en su hogar y que no fueron incluidos en la Parte 1. Adjunte otra hoja de papel, si es necesario.

Columna 2--Marque que no tiene ingresos: Si la persona no tiene ningún tipo de ingreso, marque el casillero.

Columna 3--6 Ingreso bruto y con qué frecuencia se recibió: Junto al nombre de cada persona, escriba el tipo de ingreso que se recibió y con qué frecuencia se recibió.

Ingresos de trabajo, por ejemplo: Si a usted le pagan \$500.00 cada dos semanas, favor de escribir \$500.00 en el espacio correspondiente al ingreso y marque el casillero- por quincena. El ingreso bruto es la cantidad que se gana antes de deducir los impuestos y de que se hagan otras deducciones.

Fuentes de ingreso adicional: Escriba la cantidad total de ingreso que cada persona recibió de todas las otras fuentes de ingreso. Por ejemplo: Si usted recibe \$500.00 mensuales para sustento de los hijos, por favor escriba \$500.00 en el espacio correspondiente al ingreso y marque el casillero-mensual.

OTRO INGRESO: Reporte el ingreso neto de un negocio propio, granja, o propiedades alquiladas. Junto a la cantidad, marque el casillero que indica con qué frecuencia recibió dicho ingreso esta persona. Si usted participa en la Iniciativa para la Privatización de Vivienda Militar, no incluya este subsidio de vivienda.

Parte 5: Si no quiere compartir su información con el Medicaid o el SCHIP, marque este casillero.

Parte 6: Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario y escribir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marque el casillero que indica que no tiene.

<p><u>Ingreso de trabajo</u> Sueldos/salarios/propinas Beneficios de huelgas Desempleo Compensación Compensación al trabajador Ingreso neto de un negocio propio o granja</p>	<p><u>Beneficios sociales/sustento infantil/pensiones recibidas de un ex-cónyuge</u> Pagos de asistencia pública Pagos de beneficios sociales Pensiones recibidas de un ex-cónyuge Pagos de sustento infantil</p>	<p><u>Pensiones/pagos de jubilación/o de Seguro Social</u> Pensiones Ingreso suplementario del Seguro Social Ingreso de jubilación Pagos para veteranos Seguro Social</p>	<p><u>Otro ingreso</u> Beneficios para incapacitados Efectivo sacado de cuenta de ahorros/ interés /dividendos Ingreso por testamentos/ propiedades/ inversiones Contribuciones consistentes recibidas por personas que no viven en la casa Regalías netas/ anualidades/ingreso recibido por propiedades alquiladas Cualquier otro ingreso</p>
---	---	---	--

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO DEL 2011-2012
(Este formulario puede ser utilizado solo para la participación en Programas Federales de Nutrición Infantil)

Apellido(s) de la Familia _____ Dirección Postal, Ciudad, Código Postal _____ Número de Teléfono _____

INSTRUCCIONES: Utilizando la hoja de instrucciones que se adjuntó, llene la solicitud, firmela y una vez que la haya llenado llévela a la escuela.

Parte 1. Información del estudiante. Escriba el nombre de todos los estudiantes que van a [School District Name]; indique el nombre de la escuela y el grado. Marque el casillero que corresponde a Niño en Hogar Sustituto para todos los estudiantes que estén bajo la responsabilidad legal de una agencia de servicios sociales o del juzgado.

Apellido, Primer Nombre	Escuela	Grado	Niño en hogar sustituto	No tiene ingresos	Ingreso por trabajo antes de deducciones, o beneficios de desempleo	Beneficio de servicio sociales, sustento infantil	Seguro Social u otro tipo de ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____

Parte 2. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)/ Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR): Escriba el nombre del miembro de la familia que recibe el beneficio y escriba el número de caso. (Anoté esta información y pase a la Parte 5)

Parte 3. Si alguno de los estudiantes por los cuales está llenando esta solicitud no tiene hogar, es migrante o ha abandonado su hogar, por favor llame a Kathy Putney 719-379-3259, lo antes posible. Para recibir este beneficio de alimentos, por favor continúe llenando esta solicitud.

Parte 4. Escriba todos los miembros de la familia excepto los que escribió anteriormente.

Nombre	No tiene ingreso	Ingreso por trabajo antes de deducciones, o beneficios de desempleo	Beneficio de servicio sociales, sustento infantil, pagos recibidos por un ex cónyuge	Pensiones, pagos de jubilación, Seguro Social	Ingresos de otro tipo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____	<input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____ <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> quincena <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> 2x/mes \$ _____

Parte 5. PROGRAMA ESTATAL DE MEDICAID Y/O DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (SCHIP)—La información que se provee en la solicitud puede ser compartida con las oficinas de Medicaid o SCHIP para posible afiliación en estos programas. No se requiere que usted apruebe a compartir esta información; esto no afectará la aceptación del estudiante en el programa de alimentos escolares.
 Su información **SEWÁ** compartida a menos que marque el casillero a continuación.
 Favor de NO compartir mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP

Parte 6. Firma y Número de Seguro Social: (DEBE ser firmado por un adulto)

Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud. Si se llenó la Parte 4, el adulto que firmó el formulario debe escribir su Número de Seguro Social o marcar el casillero que indica "Yo no tengo un Número de Seguro Social". Número de Seguro Social (Solo los 4 últimos dígitos): XXXX - XX - _____ Yo no tengo un Número de Seguro Social

Yo afirmo (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que yo proporcioné. Entiendo que es posible que los administradores escolares verifiquen (revisen) la información. Entiendo que si he proporcionado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y que es posible que se presenten cargos en mi contra.

Firme aquí: X _____ Fecha: _____

*****No escriba debajo de esta línea. Únicamente para uso de la escuela*****

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Bi-Weekly x 26, 2 Times per Month x 24, Monthly x 12
 Total Income: _____ Per Week, Bi-Weekly, 2x/Month, Month, Year Household size: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____
 Reason: _____ Temporary Free: _____ Expires after 45 days on: _____ Withdrawn Date: _____
 Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Consentimiento para la divulgación de la información 2011-2012

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, es posible que la información que usted proporcione en la Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido sea compartida con otros programas para los cuales sus hijos puedan calificar. **Para los programas que se muestran a continuación, debemos obtener su consentimiento para compartir su información. El enviar éste formulario no afectará la decisión de que sus niños califiquen para comidas gratis o a precio reducido.**

- ¡No! **NO** deseo que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Si usted marcó no, no continúe. No tiene que llenar o enviar éste formulario. Su información no será compartida.

- ¡Sí! Yo deseo que los administradores escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! Yo deseo que los administradores escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ¡Sí! Yo deseo que los administradores escolares compartan la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó sí en cualquiera de los casilleros, favor de llenar la información a continuación. Su información será compartida únicamente con los programas que usted indicó.

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Firma de Padre de Familia/Guardián: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre: _____

Dirección: _____

Para obtener más información comuníquese con **[name]** al **[phone]**.
Envíe éste formulario a: [address] antes de [date].