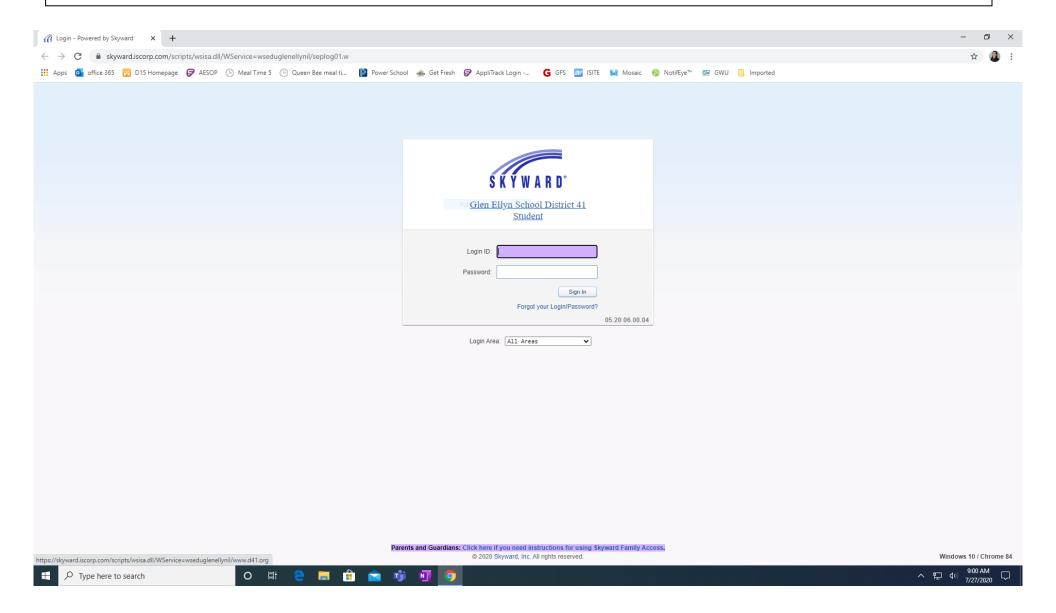
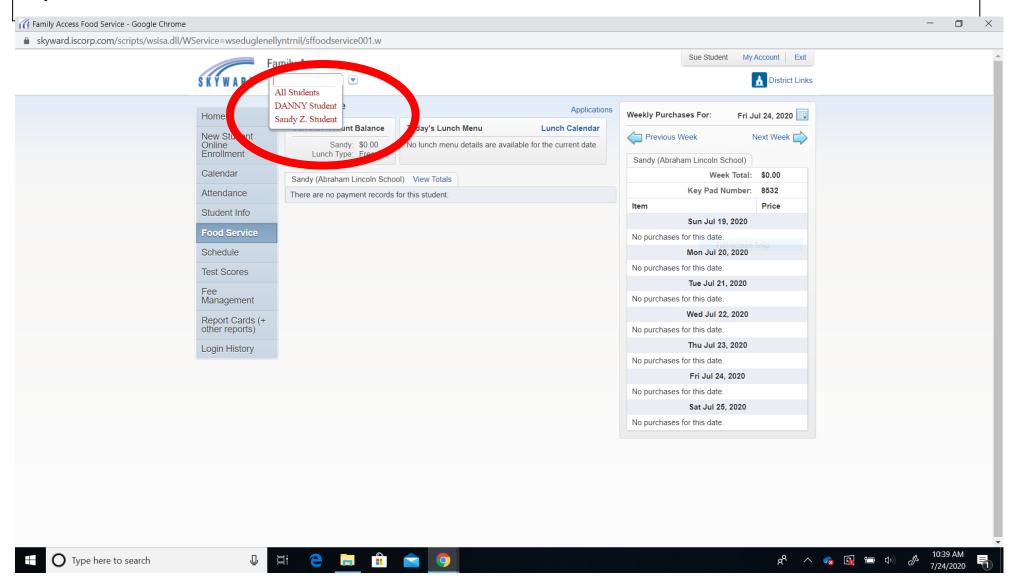
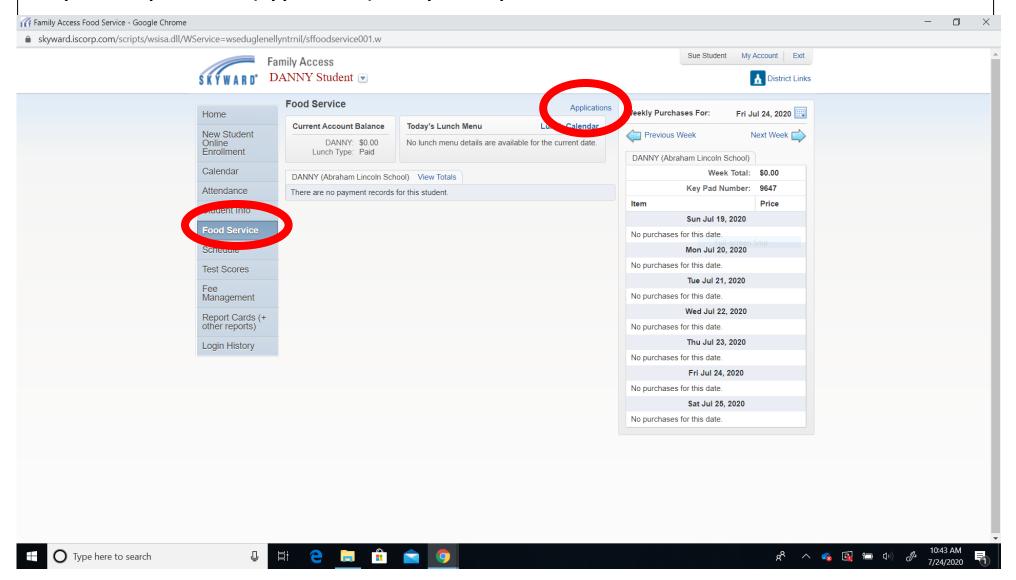
# PASO 1: Ingrese a su cuenta de Skyward con su identificación de ingreso y contraseña



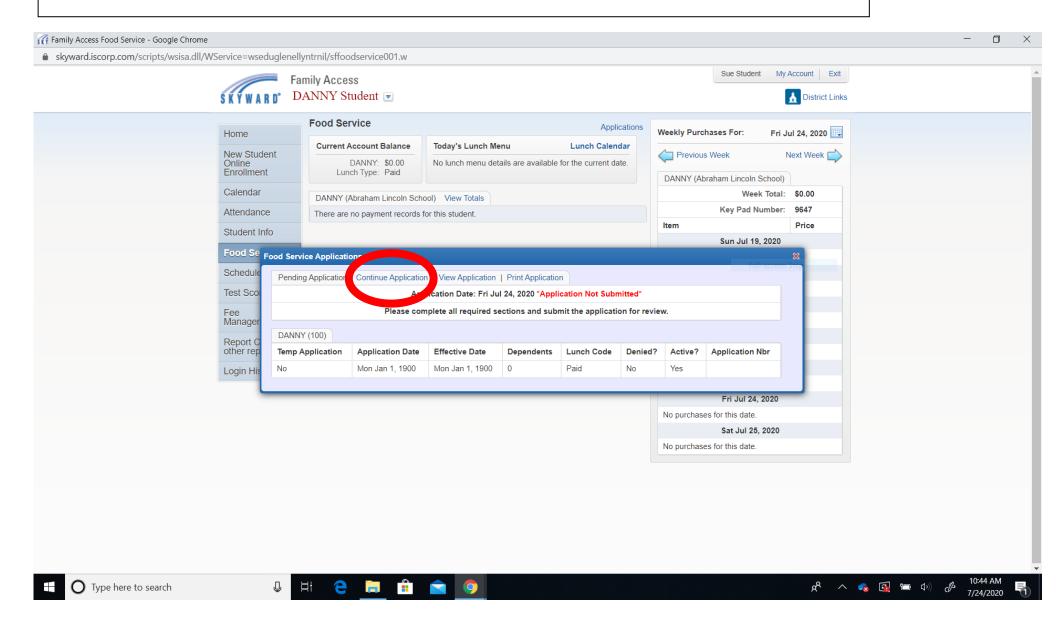
# PASO 2: Seleccione el nombre de su estudiante en el menú desplegable, en la parte superior izquierda de la pantalla.



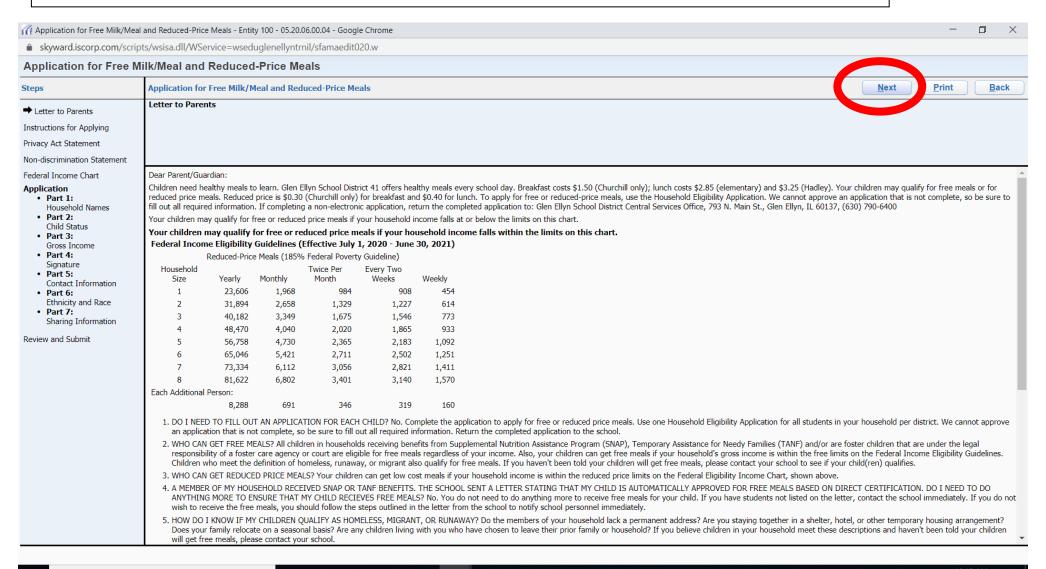
PASO 3: Dele clic a la sección Servicios de Comida (Food Service) en el menú de la izquierda. Luego dele clic a la palabra Aplicaciones (Applications) en la parte superior derecha.



## PASO 4: Dele clic a Iniciar Aplicación (Start Application) en la parte de arriba de la pantalla



### PASO 5: Lea completamente la Carta a los Padres y luego dele clic al botón Siguiente (Next)





























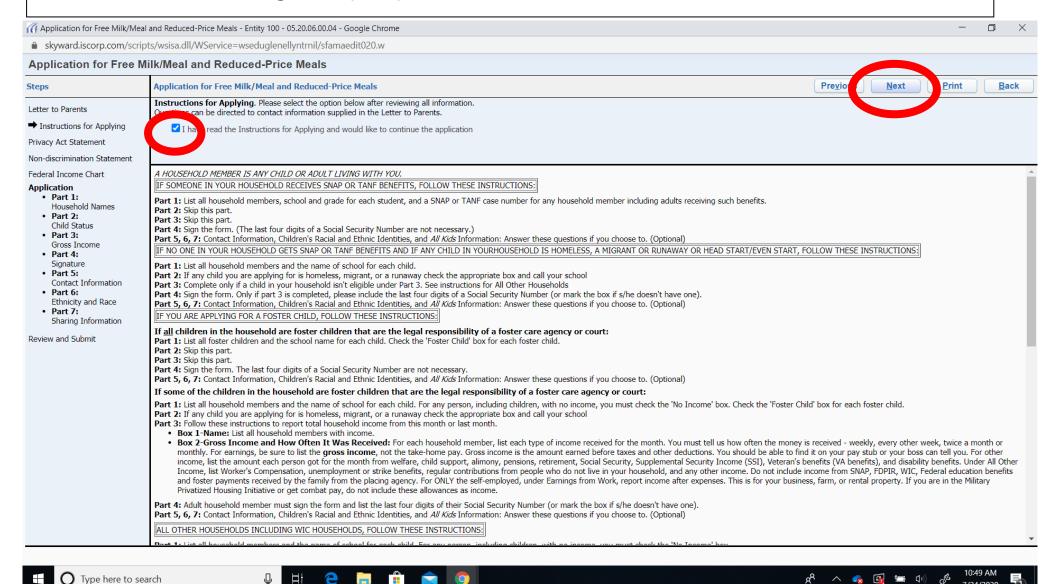




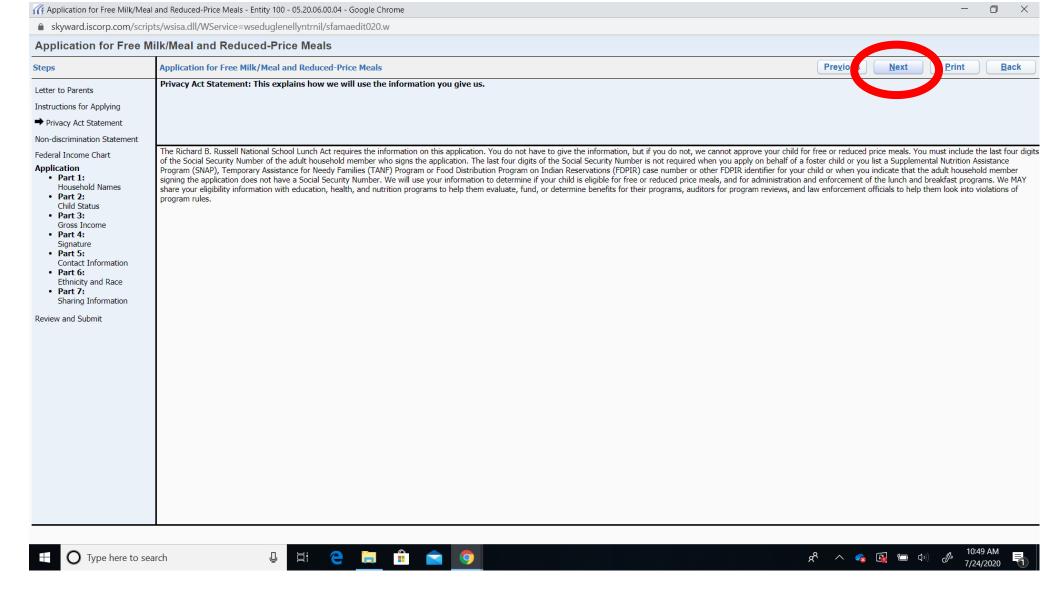
#### PASO 6: Lea todas las instrucciones para llenar la aplicación

### Dele clic a la casilla de verificación (checkbox) en donde usted confirma que leyó las instrucciones

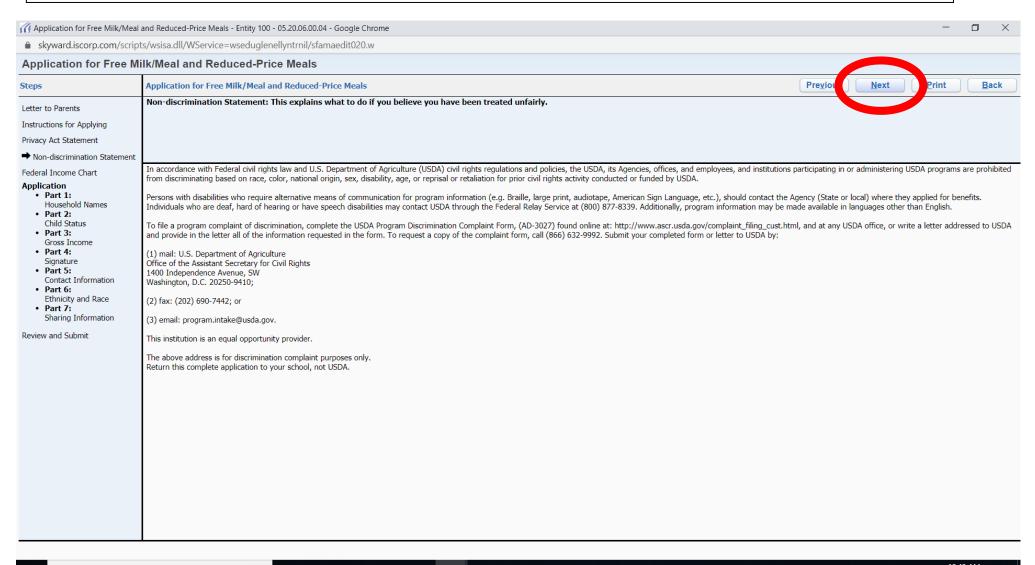
### Dele clic al botón Siguiente (Next)



#### PASO 7: Lea toda la información del Acuerdo de Privacidad, luego dele clic al botón Siguiente (Next)



#### PASO 8: Lea toda la Declaración de No Discriminación y luego dele clic al botón Siguiente (Next)





























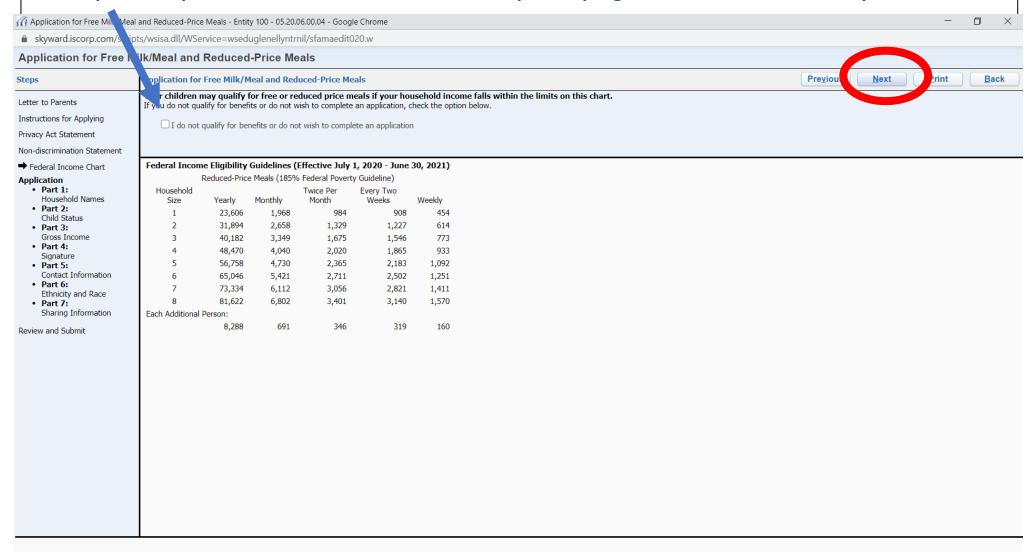






## PASO 9: Lea la Guía de Ingresos Federales de Elegibilidad y luego dele clic en el botón Siguiente (Next)

\*\*Marque esta opción SOLAMENTE si usted no califica para el programa o no desea llenar la aplicación.





























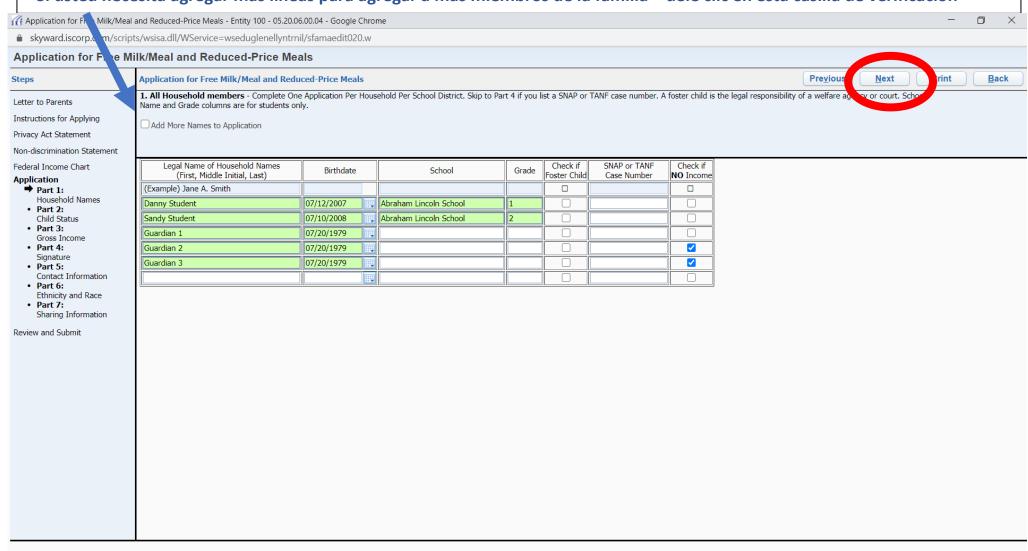




#### **PASO 10:**

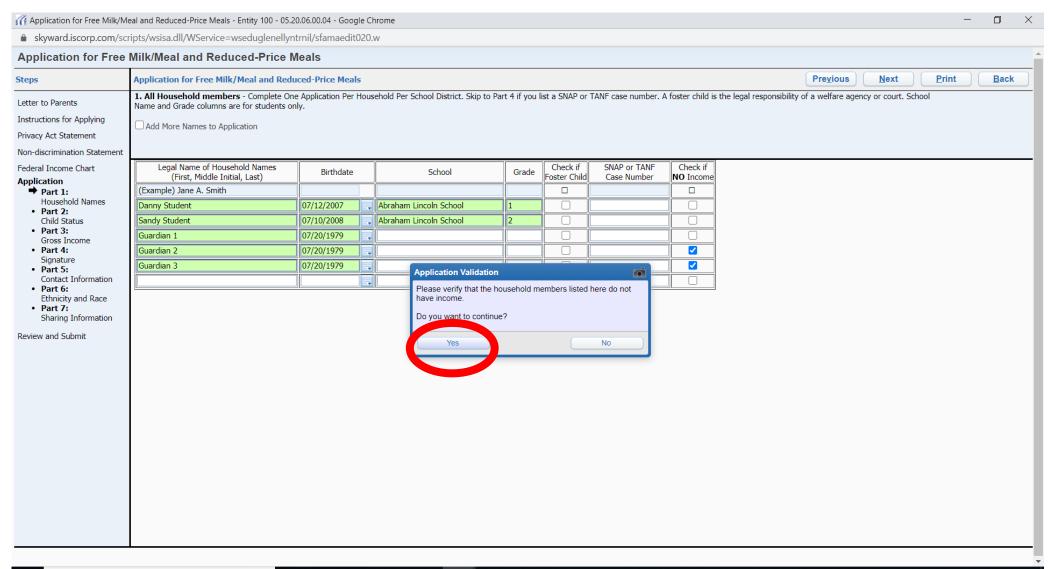
Type here to search

- Escriba la información de TODOS los miembros de la familia (Es decir, todas las personas viviendo en su casa)
  - Nombre, Apellido, Fecha de Nacimiento, Escuela y Grado (En caso de ser estudiante), marque la casilla de verificación si se trata de un menor adoptado (si aplica), escribe el número de caso SNAP o TANF (si aplica), o seleccione la casilla de verificación de No Ingreso (Si aplica)
- Dele clic al botón Siguiente (Next)
- \*Si usted necesita agregar más líneas para agregar a más miembros de la familia dele clic en esta casilla de verificación



へ (な) (量) (中) (すり)

# PASO 11: En caso de que la Ventana de "Validación de la Aplicación (Application Validation)" aparezca, dele clic en el botón de Si (Yes) – Pero, es posible que no le aparezca.





















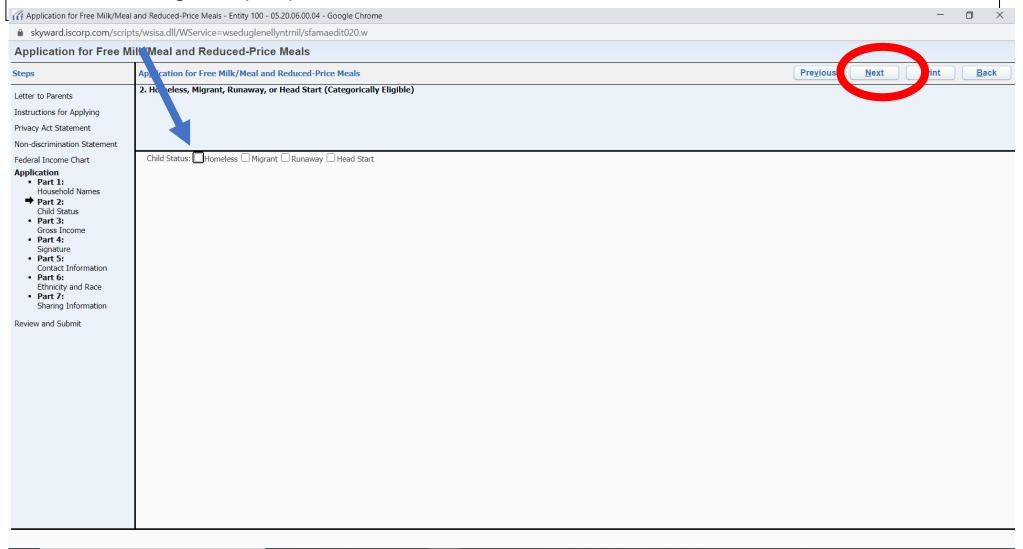








PASO 12: Si su estudiante califica como persona sin hogar, inmigrante, fugitivo, participante en el Programa Head Start – seleccione la casilla de verificación que aplique. Si su estudiante no califica a ninguna de estas categorías, solo dele clic al botón Siguiente (Next)

























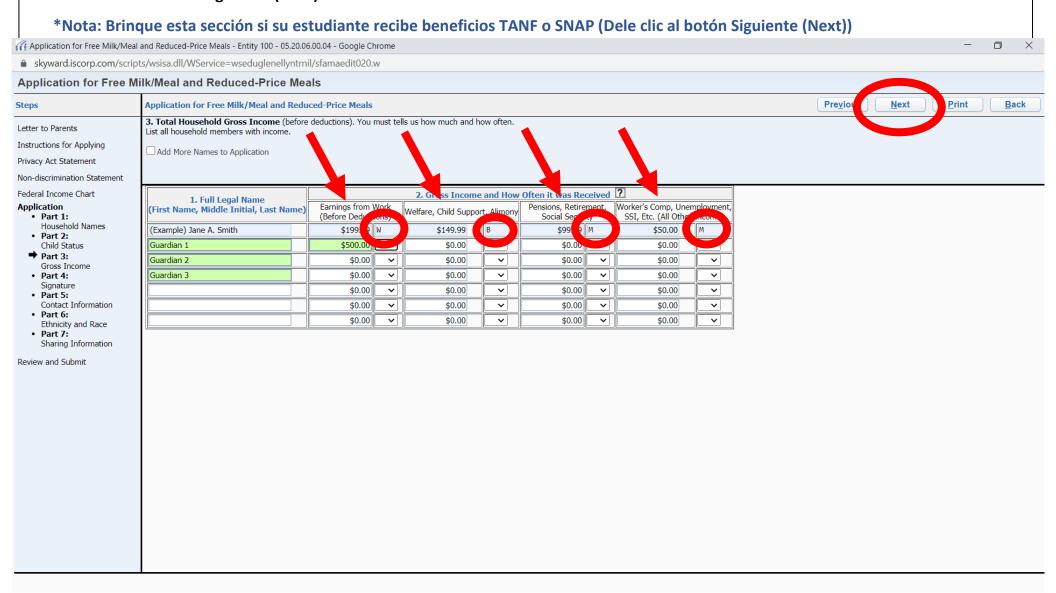






#### PASO 13: Escriba el nombre completo de cada miembro de la familia que tiene ingresos.

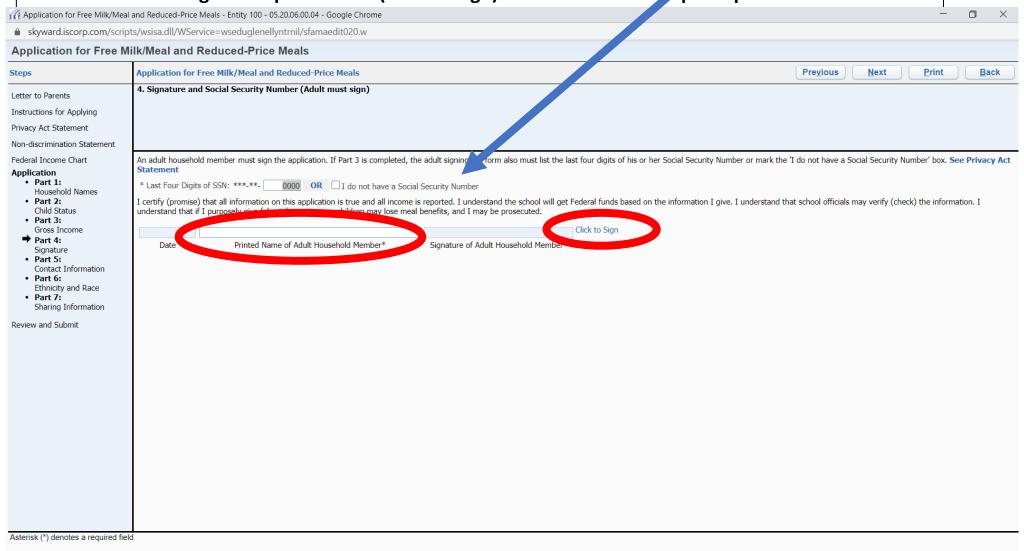
- Escriba la cantidad de ingresos que tiene antes de deducciones para cada uno de los miembros de la familia que cuentan con ingresos. Seleccione del menú el tipo de ingreso si es Semanal (W/Weekly), Cada dos semanas (B/Bi-Weekly), al mes (M/Month), dos veces por mes (T-Twice a Month) o anual (A/Annual)
- Escriba el ingreso en caso de contar con Welfare, Pago de Manutención (Child Support), Pensión Alimenticia (Alimony) Si aplica.
- Escriba el ingreso en caso de contar con Pensión (Pensions), Retiro (Retirement), Pago del Seguro Social (Social Security) Si aplica
- Escriba el ingreso en caso de contar con Compensación Laboral (Worker's Comp), desempleo (Unemployment), SSI, o cualquier otro ingreso Si aplica.
- Dele clic al botón siguiente (Next)



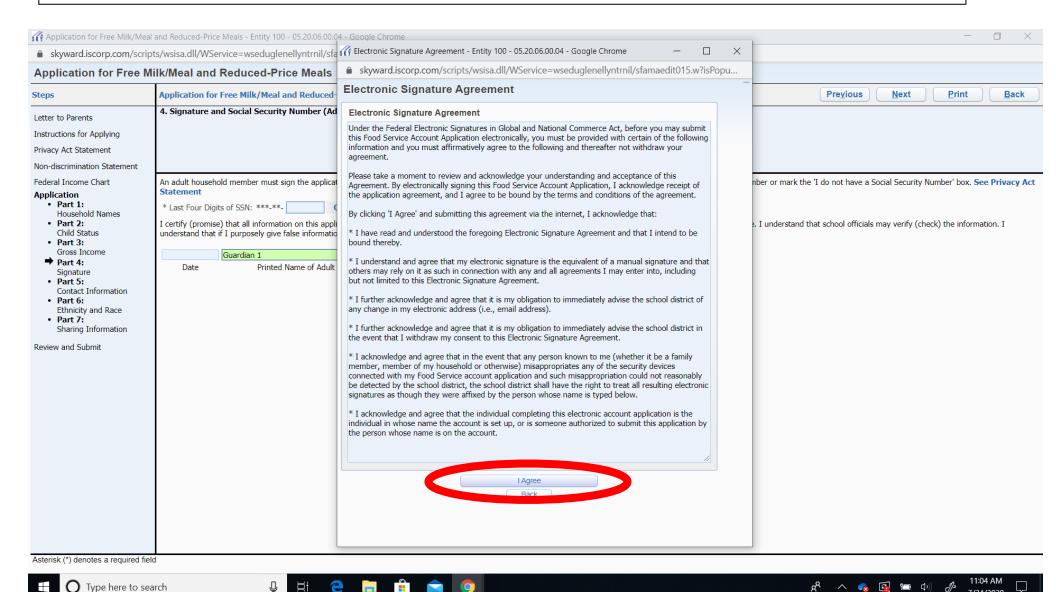
#### **PASO 14:**

Type here to search

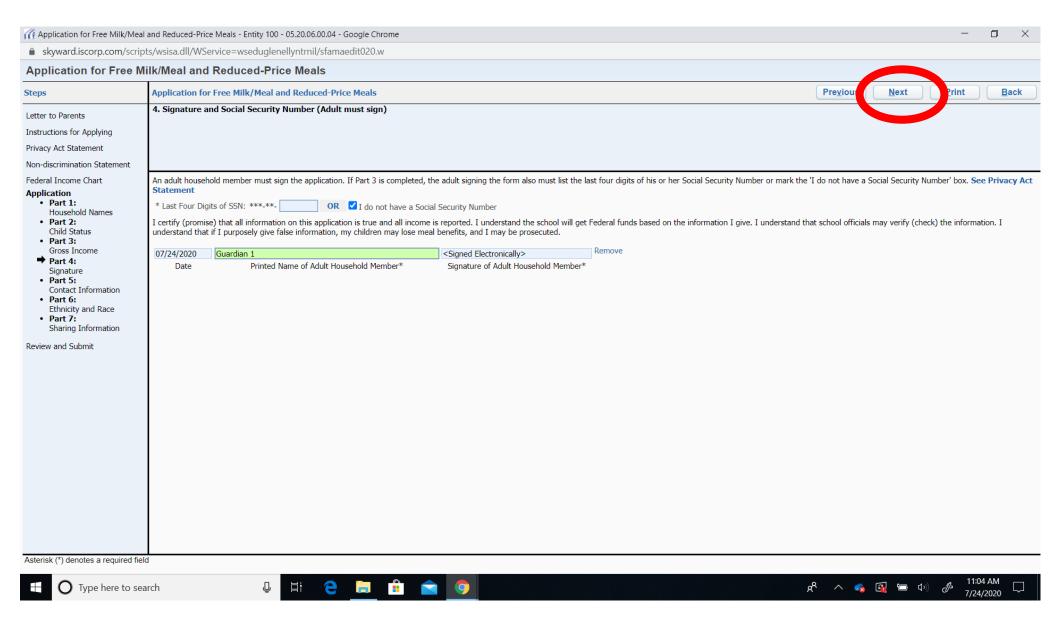
- Escriba el Número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la aplicación
  - Si no tiene un número de Seguro Social (SSN), seleccione la casilla de verificación "No tengo Numero de Seguro Social (I do not have a Social Security Number)"
- Escriba el nombre complete de la persona llenando la aplicación
- Dele clic a la liga "Clic para firmar (Click to Sign)" a la derecha del spacio para firmar



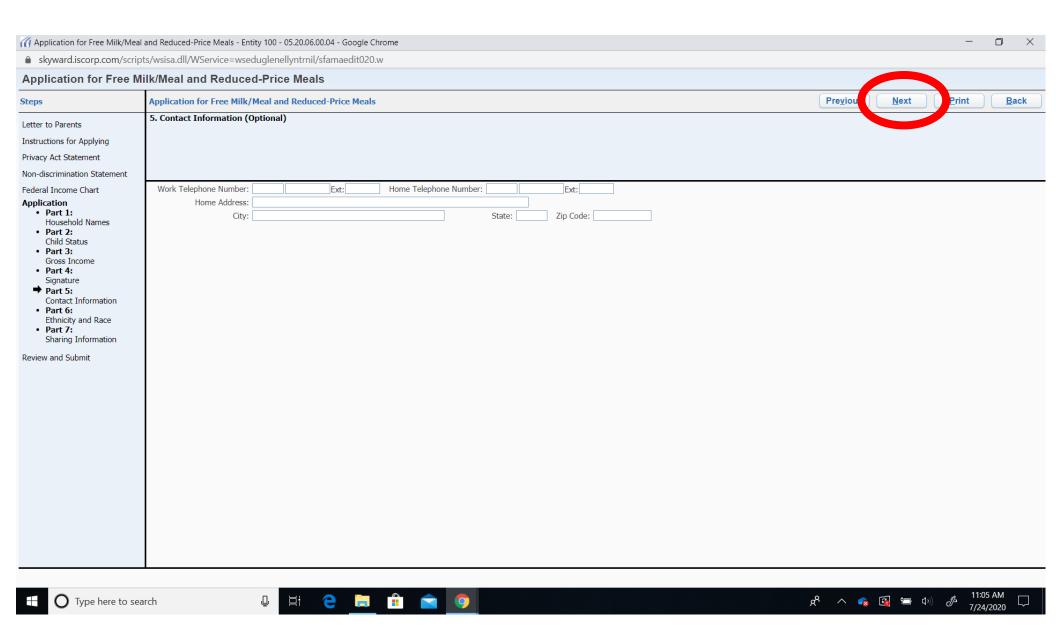
# PASO 15: Lea el Acuerdo sobre Firma Electrónica que aparecerá en su pantalla y dele clic al botón "Estoy de acuerdo (I Agree)".



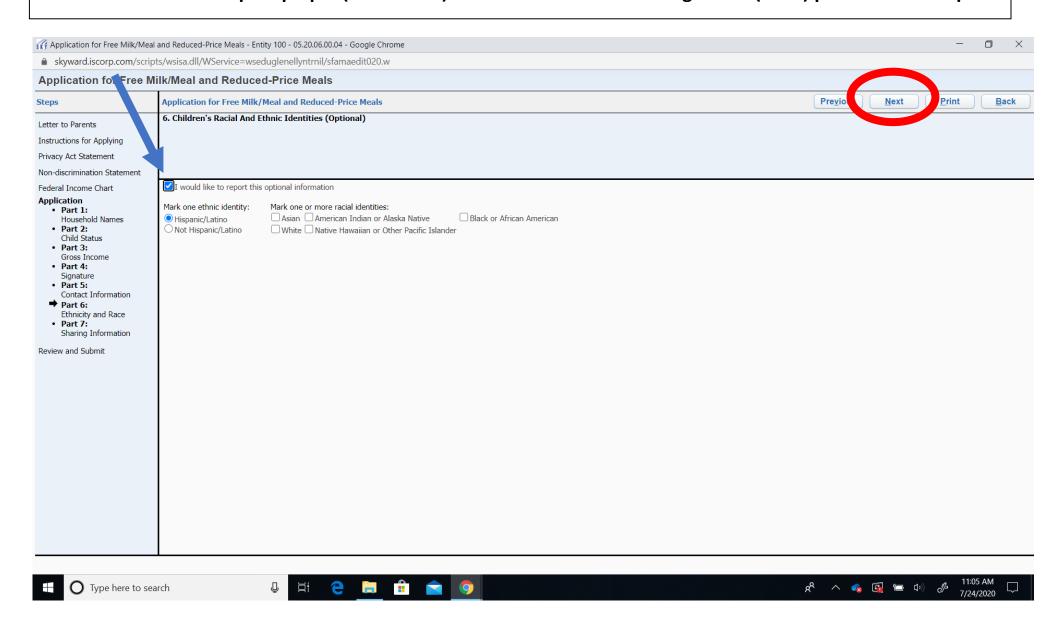
## PASO 16: La firma y la fecha se llenarán automáticamente. Dele clic al botón siguiente (Next)



# PASO 17: Si lo desea, puede llenar su información de contacto (OPCIONAL), O solo dele clic al botón siguiente (Next) para saltar este paso.



# PASO 18: Si lo desea puede llenar la información del estudiante en cuanto a raza, etnicidad, solo marque la casilla de verificación que aplique (OPCIONAL) O solo dele clic al botón siguiente (Next) para saltar este paso

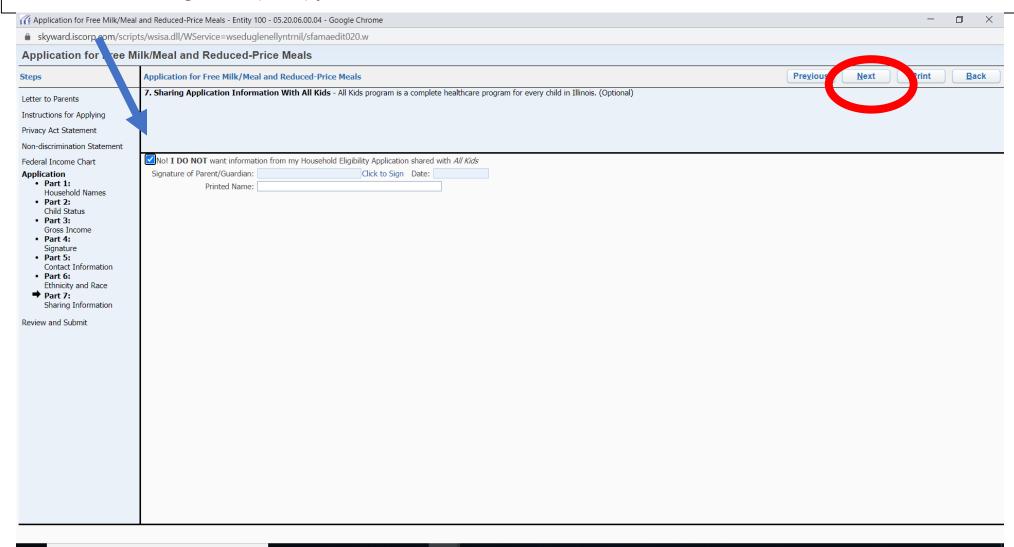


PASO 19: Si usted desea compartir su información con el programa All Kids - OPCIONAL (Un programa de salud complete para todos los menores en Illinois) entonces llene la información de contacto del padre/tutor y dele clic al botón para firmar (Click to Sign)

Si usted NO desea compartir su información, favor de seleccionar la casilla de verificación que dice "YO NO DESEO (I DO NOT)"

Dele clic al botón Siguiente (Next) para continuar

Type here to search



PASO 20: REVISE la información de su aplicación antes de enviarla.

Si usted tiene algún texto en rojo eso significa que hay errores que deben corregirse antes de enviar su solicitud

Para hacer cambios y/o corregir errores dele clic al botón Anterior (Previous) Application for Free Milk/Meal and Reduced-Price Meals - Entity 100 - 05.20.06.00.04 - Google Chrome skyward.iscorp.com/scripts/wsisa.dll/WService=wseduglenellyntrnil/sfamaedit020.w Application for Free Milk/Meal and Reduced-Price Meals Application for Free Milk/Meal and Reduced-Price Meals Back Please review the completed application and fix any indicated errors before submitting for approval. \*\*Please Note: The application has not yet been submitted. This application cannot be submitted until any errors listed Letter to Parents below are resolved and the **Submit Application** button is clicked • 1. All Household members contains a name not found in 3. Total Household Gross Income. Please fill-in or fix the spelling for the following: Danny Student, Sandy Student. Instructions for Applying 1. All Household members income discrepencies were found in 3. Total Household Gross Income. Please adjust the gross income or check 'No Income' for the following: Guardian 1. Privacy Act Statement Non-discrimination Statement Federal Income Chart 1. All Household members - Complete One Application Per Household Per School District. Skip to Part 4 if you list a SNAP or TANF case number. A foster child is the legal responsibility of a welfare agency or court. School Name and Grade columns are for students only. Application Part 1: SCHOOL USE ONLY: ☐ Check if Error Prone Application Household Names Legal Name of Household Names Check if SNAP or TANE Check if Part 2: Birthdate School Grade (First, Middle Initial, Last) Foster Child Case Number NO Income Child Status Part 3: 07/12/2007 Abraham Lincoln School Danny Student Gross Income 07/10/2008 Abraham Lincoln School Sandy Student Part 4: Signature Guardian 1 07/20/1979 Part 5: Guardian 2 07/20/1979 1 Contact Information Part 6: Guardian 3 07/20/1979 1 Ethnicity and Race Part 7: Sharing Information 2. Homeless, Migrant, Runaway, or Head Start (Categorically Eligible) Review and Submit Child Status: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway ☐ Head Start 3. Total Household Gross Income (before deductions). You must tells us how much and how often. List all household members with income. 2. Gross Income and How Often it was Received 1. Full Legal Name Earnings from Work Pensions, Retirement, Worker's Comp, Unemployment, (First Name, Middle Initial, Last Name) Welfare, Child Support, Alimony (Before Deductions) Social Security SSI, Etc. (All Other Income) Guardian 1 Guardian 2 Guardian 3 4. Signature and Social Security Number (Adult must sign) An adult household member must sign the application. If Part 3 is completed, the adult signing the form also must list the last four digits of his or her Social Security Number or mark the 'I do not have a Social Security Number' box. See Privacy Act Statement









Last Four Digits of SSN: \*\*\*\_\*\*-





OR I do not have a Social Security Number











