

**2018-19 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y Precios Reducidos Del Condado New Hanover** 1802 South 15th Street, Wilmington, NC 28401 / (910) 254-4299  
(Llene una aplicación por hogar. Por favor utilice un bolígrafo.)

<b>A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del Hogar</b>  <b>1) ANOTE los nombres de TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES que formen parte del hogar que cursen hasta el 12º grado.</b> <b>2) CIRCULE “S” para ESTUDIANTE u “O” para Otros niños que no sean estudiantes, para indicar el rol del niño en el hogar.</b>				<b>Si aplica, para cada ESTUDIANTE del hogar, por favor INDIQUE el Nombre de la Escuela en dónde se encuentra el estudiante cursando actualmente y el Grado indicado.</b>		Si aplica, por favor CIRCULE si el ESTUDIANTE es:  H = Sin Hogar M = Migrante R = Abandono Hogar F = Desplazado		<b>NOTA:</b> Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección <b>“Fuentes de Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES”</b> en la página 1 de este folleto						<b>B. Programas de Asistencia</b>  ¿Algún miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: FNS, Work First Cash Assistance/TANF or FDIR?  <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí  Si selecciona “Sí” por favor indique un número de caso (solo uno)  <b>NÚMERO DE CASO:</b>  Entonces <b>SALTE</b> a la <b>SECCIÓN E</b>	
Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una:	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una:	Ingreso Bruto	CIRCULE la Frecuencia	Ingreso Bruto	CIRCULE la Frecuencia					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes			

<b>C. ADULTOS Miembros del Hogar</b> ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.				1) Para cada ADULTO miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) <b>ESCRIBA TODOS</b> los tipos y montos de ingreso. Por favor <b>ESCRIBA</b> un “0” para indicar que NO RECIBE INGRESOS cuando aplique. Si una casilla de ingresos se deja en blanco, asumiremos que usted certifica que no recibe ingresos a reportar. 2) <b>UTILICE solamente cantidades enteras en dólares</b> (sin centavos) (ej. \$1000). <b>NOTA:</b> Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección <b>“Fuentes de Ingreso para ADULTOS”</b> en la página 2 o al reverso de esta aplicación.											
Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)	GROSS Income Earnings from WORK	CIRCULE la Frecuencia	Asistencia Pública/Retribución del ex esposo(a)/Sustento a menores	CIRCULE la Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Otro tipo de ingresos	CIRCULE la Frecuencia								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes	\$ <input type="text"/>	Semanal Cada dos semanas	Mensual Dos veces al mes		

<b>D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)</b> ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ <input style="width: 50px;" type="text"/>
ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN AQUÍ (Jefe de Familia o Proveedor Principal del Hogar SOLAMENTE) <input style="width: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> NO tengo Número de Seguro Social

<b>E. Atestación:</b> Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación. “Certifico (prometo) que toda la información registrada en esta aplicación es verídica y todos los ingresos fueron registrados. Entiendo que esta información es otorgada en conexión a la entrega de fondos Federales y que los directivos de la escuela pueden verificarla. Estoy consciente de que en caso de entregar información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentación y yo podría ser juzgado bajo las Leyes Federales y Estatales.”							
Firma del Jefe de Familia:	Fecha:	Email:	Dirección:				
Nombre impreso:	Número de Contacto:	Ciudad:	Estado: Código Postal:				

FOR OFFICE USE ONLY	Total Household Members:	<input type="text"/>	Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied	Determining Official's Signature & Date:			
	Total Household Income:	<input type="text"/>		Confirming Official's Signature & Date:			
	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Bi-Monthly <input type="checkbox"/> Annually			Verifying Official's Signature & Date:			

<b>F. Identidad Étnica y Racial del (de los) niño(s) (Opcional)</b>
<b>SELECCIONE una etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
<b>SELECCIONE una o más (independientemente de la etnia):</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco