

| SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE NIÑOS |   | Todas las Familias Completen Esta Sección. Anote el ingreso bruto (ganado) personal de todos los niños, por cantidad, y qué tan seguido es recibido al colocar un círculo alrededor de los Códigos de Ingresos correctos: S=Semanal, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. Identidades Raciales y Étnicas (opcional) 1. Encierre en un círculo una Identidad Étnica: N=No Hispano/Latino o H=Hispano/Latino 2. Encierre en un círculo una o más identidades raciales: (Independientemente de la etnia) A=Asiático, B=Blanco, N=Negro o Afroamericano, I=Indígena Americano o Nativo Alaska, P=Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico |                                |  |   |                            |                              |                                  |                                |   |   |                                       |
|---------------------------------|---|--|--------------------------------|--|---|----------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| APELLIDO, NOMBRE                | ESCUELA<br>(Escriba "NINGUNA" si no está en la escuela) | AÑO EN LA ESCUELA  | Fecha de Nacimiento (Opcional) | Identidades Raciales y Étnicas: (Opcional)   |   | MARQUE "X" si Niño Acogido | Marque "X" si No Hay Ingreso | Ingreso Ganado Personal del Niño | Fuente del Ingreso ¿(Trabajo)? | ¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? (Encierre) | ANOTE el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR | ANOTE el Número de Caso del Beneficio |
|                                 |   |  |                                | Encierre en un círculo Una Identidad Étnica: | Encierre en un círculo una o más Identidades Raciales |                            |                              |                                  |                                |   |   |                                       |
| ①                               |   |  |                                | N o H  | A B N I P   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | \$                               |                                | S C D M A                               |   |                                       |
| ②                               |   |  |                                | N o H  | A B N I P   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | \$                               |                                | S C D M A                               |   |                                       |
| ③                               |   |  |                                | N o H  | A B N I P   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | \$                               |                                | S C D M A                               |   |                                       |
| ④                               |   |  |                                | N o H  | A B N I P   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | \$                               |                                | S C D M A                               |   |                                       |
| ⑤                               |   |  |                                | N o H  | A B N I P   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>     | \$                               |                                | S C D M A                               |   |                                       |

Si el niño por quien solicita Carece de Hogar, Migrante, o Egitivo, contacte la escuela y ENCIERRE en un círculo letra apropiada: C M F

Familias presentando una solicitud con un Número de Caso del Beneficio para CalFresh/CalWORKs para CADA niño o un miembro Adulto de la familia, por favor brinquense a la Sección C y complete.

Un Niño Acogido está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o del tribunal.

| SECCIÓN B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE FAMILIA: Anote el Ingreso Bruto Bajo Cada Tipo de Ingreso Cada Miembro de la Familia Recibe y "Qué Tan Seguido" se Recibe el Ingreso al usar los siguientes Códigos de Ingreso: S=Semanal, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. Si No Hay Ingreso, Usted TIENE QUE Marcar la "caja Sin Ingreso". NO la Deje en Blanco. |                              |   |                              |   |                      |                              |   |                      |                              |  |                      |                              |   |                                       |
|--|------------------------------|---|------------------------------|---|----------------------|------------------------------|---|----------------------|------------------------------|--|----------------------|------------------------------|---|---------------------------------------|
| Nombre y Apellido Completo del Adulto (No repita nombres de la Sección A)  | MARQUE "X" Si No Hay Ingreso | Ganancias Brutas del Trabajo Antes de Deducciones, Incluya Todos los Trabajos | ¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? | Indique Pago de Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Beneficios VA | ¿Fuente del Ingreso? | ¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? | Beneficios de Asistencia Social, Manutención de Niños, Pagos de Pensión Alimenticia | ¿Fuente del Ingreso? | ¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? | Cualquier Otro Ingreso Incluyendo Ingreso Temporal | ¿Fuente del Ingreso? | ¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? | Anote el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR | Anote el Número de Caso del Beneficio |
| Richard, Larath  | <input type="checkbox"/>     | \$ 199.98   | S                            | \$ 141.65   | Pensión              | A                            | \$ 99.99  | Manutención de Niños | M                            | \$ 550.00  | Ingreso por Rentas   | M                            |   |                                       |
| ①  | <input type="checkbox"/>     | \$  |                              | \$  |                      |                              | \$  |                      |                              | \$   |                      |                              |   |                                       |
| ②  | <input type="checkbox"/>     | \$  |                              | \$  |                      |                              | \$  |                      |                              | \$   |                      |                              |   |                                       |
| ③  | <input type="checkbox"/>     | \$  |                              | \$  |                      |                              | \$  |                      |                              | \$   |                      |                              |   |                                       |
| ④  | <input type="checkbox"/>     | \$  |                              | \$  |                      |                              | \$  |                      |                              | \$   |                      |                              |   |                                       |
| ⑤  | <input type="checkbox"/>     | \$  |                              | \$  |                      |                              | \$  |                      |                              | \$   |                      |                              |   |                                       |

SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIONES, Y FIRMA:

Este formulario puede ser entregado a cualquier hora del día escolar.

Yo certifico (prometo) que toda información antedicha es verídica y correcta y que todo ingreso es reportado. Tengo entiendo que esta información se da en conexión con el recibir fondos estatales y los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud a cualquier hora, y que falsedad intencionada de la información me puede sujetar a enjuiciamiento bajo las leyes aplicables Estatales y federales.

Nombre y apellido escrito en letra de molde del miembro adulto de la familia completando este formulario  
 Firma del miembro adulto de la familia completando este formulario  
 Fecha

Domicilio de Calle, # Apt., etc. Ciudad Estado Zona Postal Núm. Tel. de Casa Núm. Tel. Celular Domicilio Electrónico

NO Escriba Abajo de Esta Línea - Sólo Para Uso Escolar:

Estado de Solicitud: No. de personas en fam.: \_\_\_\_\_ Ingreso anual de la fam.: \$ \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Determinando y Fecha

- Aprobada basado en:
  - Ingreso
- Negada basado en:
  - Ingreso muy elevado
  - Incompleta

Factores de Conversión del Ingreso Anual: Semanal X 52, Cada 2 semanas X 26, Dos veces al mes X 24, Mensualmente X 12

Firma del Funcionario Confirmando y Fecha

Firma del Funcionario Verificando y Fecha