

CARROLL INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT, 2400 N. Carroll Ave., Southlake, TX 76092 2023-2024 School Year

Estimado padre/tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Carroll ISD Child Nutrition Dept.** ofrece comidas saludables todos los días escolares. Los estudiantes reciben (1) la opción de almuerzo. Debe pagar por todos los demás extras. Carroll ISD no ofrece desayuno en el programa gratuito / reducido en los campus de Primaria e Intermedia.

Las siguientes preguntas y respuestas le darán información acerca del Programa de comidas gratis y a precio reducido.

1. **¿Necesito llenar una solicitud para cada hijo?** No. Llene la Solicitud de comidas escolares gratis y a precio reducido para pedir comidas gratis o a precio reducido para todos los niños del hogar. No podemos aprobar solicitudes que no estén llenadas completamente, por eso debe llenar toda la información. Envíe de vuelta la solicitud completa a **Child Nutrition, 2400 N. Carroll Ave., Southlake, TX 76092 (817-949-8240)**.
2. **¿Quién puede recibir comida gratuita?**
 - **Ingresos**— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar se encuentra debajo de los límites de las *Guías Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
 - **Participantes de programas especiales** — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
 - **Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)**— Los niños adoptivos temporales (foster children) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
 - **Head Start o Early Head Start**— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
 - **Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante**— Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a **Courtney Carpenter, Ed.D., Carroll Administration Bldg. 817-949-8282**.
 - **Beneficiarios del Programa WIC**— Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC **pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.**
3. Si recibió una carta informándole que su hijo califica automáticamente para recibir comidas gratis, no llene la solicitud, pero asegúrese de notificar a la escuela si algún niño de su hogar que asiste a la escuela no está incluido en la carta. La copia de documentos será requerida para la verificación.
4. **¿Debería llenar la solicitud si recibí una carta este año escolar en la que me indican que mis hijos están aprobados para recibir comidas gratis o a precio reducido?** Lea con cuidado la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela de su hijo si tiene preguntas.
5. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe enviar una solicitud nueva a no ser que la escuela le haya indicado que su hijo califica para el año escolar actual.
6. **Yo recibo WIC, ¿puede mi hijo (s) recibir comidas gratis?** Los niños de los hogares que participan en WIC podrían calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido; por favor llene la solicitud.
7. **¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre?** Escriba la cantidad que recibe normalmente. Incluso si se ausentó del trabajo el mes pasado, ponga el sueldo que recibe normalmente. Si normalmente recibe pago por tiempo extra, inclúyalo. Si le han reducido sus horas o su sueldo, utilice su ingreso actual por año.
8. **Estamos en el servicio militar. ¿Tenemos que incluir nuestro subsidio de vivienda como ingreso?** Si recibe subsidio de vivienda fuera de la base militar, debe incluirlo como ingreso. Si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya su subsidio de vivienda como ingreso. **¿Se cuenta el sueldo de combate como ingreso?** No, si el sueldo de combate se recibe debido a su misión, además del sueldo básico y no lo recibía antes de la misión, el sueldo de combate no se cuenta como ingreso.
9. **¿Puedo presentar una solicitud si alguien de mi hogar no es ciudadano de Estados Unidos?** Sí. Ni usted ni su hijo(s) tiene que ser ciudadano de Estados Unidos para calificar para las comidas gratis o a precio reducido.
10. **¿Se va a revisar la información que yo envíe?** Sí, podríamos pedirle que envíe pruebas por escrito.
11. **Si no califico ahora, ¿podría presentar una solicitud después?** Sí. Puede presentar la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Si sus ingresos o las circunstancias de su hogar cambian, podría llegar a calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido.
12. **¿A quiénes debo incluir como miembros de mi hogar?** Debe incluirse a sí mismo, así como a otras personas que vivan en su hogar y que compartan ingresos y gastos—sean o no parientes (abuelos, otros parientes o amigos). Debe incluirse a usted mismo y a todos los hijos que vivan con usted. No incluya a otras personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que usted no mantenga, ni comparta sus ingresos con usted, ni pague una parte correspondiente de los gastos.
13. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela acerca de mi solicitud?** Debería hablar con los representantes de la escuela. También puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a la oficina del Superintendente Adjunto de Operaciones, **Carroll ISD Administration Bldg. 2400 N. Carroll Ave., Southlake, TX 76092, (817) 949-8282**.
14. **Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para averiguar cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1 o consejero de la escuela.

Si tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame a: 817-949-8240 Cordialmente. dana.dodge@southlakecarroll.edu

Comida escolar gratis y a precio reducido para varios hijos y varios usos Las solicitudes para 2023-2024

Más información sobre cómo reportar sus ingresos en la solicitud

- Ingreso bruto—Ponga la cantidad que gana antes de los impuestos y las deducciones.
- Frecuencia de ingresos - registre el tipo y frecuencia de ingresos recibidos durante el mes: semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual. Ingresos totales sin deducciones (no salario neto). Debería poder encontrar esta información en su talón de pago o preguntarle a su empleador.
- Todos los demás Ingresos—Ponga beneficios de la Compensación de Trabajadores, de desempleo o por haber estado en huelga, así como contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y cualquier otro ingreso.

No incluya ingresos de SNAP, FDPIR, WIC, beneficios educativos federales y pagos de crianza recibidos de la agencia de colocación.

SOLAMENTE para los autónomos, en Ingresos del trabajo antes de las deducciones, declare los ingresos después de los gastos. Esto es para su negocio, granja o propiedad de alquiler. Si está en la Iniciativa de Vivienda para Militares Privatizados o recibe pago por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Instrucciones de la solicitud

<i>No es necesario que cada persona llene todas las partes de la solicitud. La siguiente tabla muestra las partes de la solicitud que debe llenar de acuerdo a las circunstancias del hogar.</i>	
Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), - Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o - Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) 	Llene las Partes 1 y 3. (no tiene que poner los últimos 4 números del Seguro Social)
Cualquier niño de su hogar ha sido identificado como <ul style="list-style-type: none"> - Head Start, - sin hogar - migrante o - fugitivo, pero nadie de su hogar recibe beneficios estatales de SNAP o TANF.	Llene las Partes 1 y 3.
Todos los niños del hogar son hijos de crianza colocados por una agencia de cuidado de crianza o por el tribunal.	Llene las Partes 1 y 3. (no tiene que poner los últimos 4 números del Seguro Social)
Algunos de los niños del hogar son hijos de crianza colocados por una agencia de cuidado de crianza o por el tribunal.	Llene las Partes 1, 2, y 3.
El hogar recibe WIC. SE REQUIERE DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	Llene las Partes 1, 2, y 3.
Todos los demás hogares. SE REQUIERE DOCUMENTO DE VERIFICACIÓN	Llene las Partes 1, 2, y 3.
Su hogar no tiene ingresos.	Solicite la Declaración Jurada de No Ingresos para completar

Una vez que llene este formulario, entréguelo a Child Nutrition Rachelle Moody at 817-949-8240;
Distrito escolar independiente de Carroll, 2400 N. Carroll Ave, Southlake, TX 76092

También puede escanear la página de la aplicación con documentación de respaldo y enviarla por correo electrónico a
RACHELLE.MOODY@southlakecarroll.edu

CARROLL INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Solicitud de 2023-2024 de comida escolar gratis y a precio reducido para varios hijos

Parte 1: A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Escriba el nombre de cada niño. (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido) Incluyendo bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12.	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Marque todo lo que aplique.				
	Sí	No			Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Beneficios: Por favor, lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

- Si todos los niños enumerados en la Parte 1: A, participan en un programa mencionado anteriormente, omita la Parte 2 y vaya directamente a la Parte 3.
- SNAP, TANF o FDPIR: ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en SNAP, TANF y / o FDPIR?

Si la respuesta es No, complete los Pasos 2 y 3. Si respondió Sí a SNAP / TANF> Escriba el número del Grupo de Determinación de Elegibilidad (EDG) en este espacio _____, omita el Paso 2 y complete el Paso 3. Si la respuesta es Sí a FDPIR, marque esta casilla , omita Paso 2 y complete el Paso 3.

Parte 2: Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si ingresó un número de EDG o marcó la casilla para indicar la participación en FDPIR en el Paso 1).

A. Ingresos de TODOS los miembros del hogar (inclúyase a usted mismo). Adjunte la documentación de respaldo de todos los ingresos enumerados.

B. Enumere todos los miembros del hogar que reciben ingresos y todos los adultos, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, informe el ingreso total (sin deducciones) para cada fuente. Indique la frecuencia de los ingresos:

W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0", adjunte una Declaración Jurada de No Ingresos.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido	Sueldo de Trabajo	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia	Pensiones/ Jubilación/ Seguro social/ SSI	Otros Ingresos
	(Ingrese la cantidad / frecuencia)	(Ingrese la cantidad / frecuencia)	(Ingrese la cantidad / frecuencia)	(Ingrese la cantidad / frecuencia)
1.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
2.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
3.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
4.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
5.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
6.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
7.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____

Parte 3: Proporcione información de contacto, firma de un adulto y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social. Si se completa el Paso 2, el adulto que firma este formulario debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla delante de "No tengo un número de Seguro Social".

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que los funcionarios de la escuela verifican (controlan) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y puedo ser procesado.

Firma aquí: _____ Escriba su nombre aquí: _____
 Fecha: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Dirección/Apt.: _____ Número de teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: _____

***-**-____-____ Marque aquí si no tiene un SSN.

Parte 1: A. Nombres Adicional									
Escriba el nombre de cada niño. (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido) Incluyendo bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12.	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Marque todo lo que aplique.				
	Sí	No			Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Nombres Adicional

A. Ingresos de TODOS los miembros del hogar (inclúyase a usted mismo) **Adjunte la documentación de respaldo de todos los ingresos enumerados.**

B. Enumere todos los miembros del hogar que reciben ingresos y todos los adultos, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, informe el ingreso total (sin deducciones) para cada fuente. Indique la frecuencia de los ingresos:

W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0", adjunte una Declaración Jurada de No Ingresos.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido	Sueldo de Trabajo (Ingrese la cantidad / frecuencia)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ingrese la cantidad / frecuencia)	Pensiones/ Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ingrese la cantidad / frecuencia)	Otros Ingresos (Ingrese la cantidad / frecuencia)
8.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
9.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
10.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
11.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
12.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
13.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____
14.	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____	\$ _____ / ____

La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint), (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only						
<i>Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 Every 2 Weeks x 26 Twice a Month x 24 Monthly x 12</i>						
Total Income: _____	Weekly <input type="checkbox"/>	Every 2 Weeks <input type="checkbox"/>	Twice a Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annually <input type="checkbox"/>	Household Size: _____
Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/>	Eligibility: Free <input type="checkbox"/>	Reduced <input type="checkbox"/>	Denied <input type="checkbox"/>			Date Received: _____
Reviewing/Determining Official's Signature: _____					Date: _____	
Confirming Official's Signature: _____					Date: _____	

Effective July 1, 2023 – June 30, 2024

Household Size	Total Income									
	Annual		Monthly		Twice-Monthly		Bi-Weekly		Weekly	
No. of Household Members	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$18,954	\$26,973	\$1,580	\$2,248	\$790	\$1,124	\$729	\$1,038	\$365	\$519
2	\$25,636	\$36,482	\$2,137	\$3,041	\$1,069	\$1,521	\$986	\$1,404	\$493	\$702
3	\$32,318	\$45,991	\$2,694	\$3,833	\$1,347	\$1,917	\$1,243	\$1,769	\$622	\$885
4	\$39,000	\$55,500	\$3,250	\$4,625	\$1,625	\$2,313	\$1,500	\$2,135	\$750	\$1,068
5	\$45,682	\$65,009	\$3,807	\$5,418	\$1,904	\$2,709	\$1,757	\$2,501	\$879	\$1,251
6	\$52,364	\$74,518	\$4,364	\$6,210	\$2,182	\$3,105	\$2,014	\$2,867	\$1,007	\$1,434
7	\$59,046	\$84,027	\$4,921	\$7,003	\$2,461	\$3,502	\$2,271	\$3,232	\$1,136	\$1,616
8	\$65,728	\$93,536	\$5,478	\$7,795	\$2,739	\$3,898	\$2,528	\$3,598	\$1,264	\$1,799
For each additional family member, add	+\$6,682	+\$9,509	+\$557	+\$793	+\$279	+\$397	+\$257	+\$366	+\$129	+\$183

These guidelines are based on 130% (free) and 185% (reduced) of the federal poverty guidelines and are effective July 1, 2023 – June 30, 2024.

AFFIDAVIT OF NO INCOME

INSTRUCCIONES: COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SI INDICA ELEGIBILIDAD BASADA EN "SIN INGRESOS" EN LA "SOLICITUD DE COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y DE PRECIO REDUCIDO PARA VARIOS NIÑOS" PARA EL AÑO ESCOLAR ACTUAL.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: <i>Primero</i> <i>Medio</i> <i>Último</i>			IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:
FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AAAA)	EDAD A PARTIR DEL 1 DE SEPTIEMBRE:	GRADO:	CAMPUS:

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL: <i>Primero</i> <i>Medio</i> <i>Último</i>			FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/AAAA)
SEGURIDAD SOCIAL #	LICENCIA DE CONDUCIR / IDENTIFICACIÓN ESTATAL	NOMBRE DEL LUGAR DE TRABAJO ANTERIOR	ÚLTIMA FECHA DE EMPLEO
NOMBRE DEL ANTERIOR SUPERVISOR/JEFE: <i>Primero</i> <i>Último</i>			TELÉFONO DEL EMPLEADOR ANTERIOR:

Esto es para verificar que actualmente estoy desempleado y que yo y mi (s) hijo (s) no recibimos ningún tipo de ingresos monetarios o beneficios de asistencia del gobierno en este momento, debido a las siguientes razones / circunstancias (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NUNCA he estado empleado | <input type="checkbox"/> Falta de trabajo / incapacidad para encontrar trabajo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo terminados / no elegibles | <input type="checkbox"/> Divorcio / Separación del principal proveedor financiero |
| <input type="checkbox"/> Desastre natural | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave / terminal |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

El padre o tutor legal que se inscribe debe escribir una explicación detallada de cómo la familia satisface las necesidades básicas (quién lo está apoyando actualmente a usted y a sus hijos, la frecuencia de la manutención, de qué manera: alojamiento y comida, comida, etc.). Imprima la declaración a continuación:

AFIRMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, entiendo que la participación de mi hijo en los programas de Carroll ISD terminará y estaré sujeto a acciones legales bajo las leyes estatales y federales aplicables (Código Penal 37.10 y TEC 25.001). También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad con el distrito escolar.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha

Firma del administrador o designado autorizado

Fecha

TEA AUDITED DOCUMENT – PLEASE RETAIN WITH STUDENT ENROLLMENT RECORDS