

Franklin County Schools

FORMA DE BENEFICIOS EDUCACIONALES 23/24

Las escuelas del condado de Franklin están participando en el programa de la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP) . Bajo el CEP, **todos los niños en la escuela van a recibir un (1) desayuno /lunch** , no tendrá costo independientemente de los ingresos o de completar esta forma. Sin embargo, para determinar si su (s) hijo (s) son elegibles para varios beneficios adicionales del programa estatal y federal , complete, firme y devuelva a la escuela una sola solicitud por hogar.

Por favor complete la parte de ENFRENTA y ATRÁS de esta forma (firma requerida)

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA

Nombre de toda la gente que vive en la casa (Primera, Segunda Inicial, Último)	Escuela que atiende el niño, o indique "NA" si el miembro de la casa no va a la escuela	Grado	Verifique si es un niño de crianza (responsabilidad legal de la agencia de bienestar estatal o de la corte). Si todos los niños enumerados a continuación son niños de crianza pase a la parte 5 para firmar este formulario.	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

PARTE 2. ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA CASA (INCLUYENDO USTED) CESTA PARTICIPANDO EN UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ASISTENCIA: SNAP, TANF, OR FDPIR?

SI **SI**: POR FAVOR ESCRIBA SU NÚMERO DE CASO (NO SSN) _____ (VAYA A LA PARTE **4**, NO COMPLETE PARTE **3**)

SI **NO**: COMPLETE **PARTE 3**.

Si alguno de los niños por los que está aplicando no tiene casa, es migrante o un fugitivo, cheque el recuadro apropiado y llame a Whitney Allison, Enlaces para personas sin hogar at 502-695-6700 O Kimberly Young, Educación Migrante 502-695-6700.

SIN HOGAR MIGRANTE FUGITIVO

PARTE 3. INGRESO TOTAL DEL HOGAR (antes de deducciones). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para con qué frecuencia se recibe. Registre cada ingreso solo una vez .Si proporcionó un número de caso en la Parte 2, no es necesario que proporcione información sobre sus ingresos.Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco , estás certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que reportar.

DENEGACION DE INGRESOS – Marque esta caja si no quiere proporcionar información de sus ingresos; el estado de su SES status será "pagado" automáticamente.

1. NOMBRE (Enumere solo miembros de la casa con ingresos, (,incluyendo cualquier estudiante en la casa).	2. GROSS INCOME AND HOW OFTEN IT IS RECEIVED														
	Ganancias del trabajo antes de la deducción	Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces as mes	Mensual	Asistencia pública, Pension alimenticia	Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces as mes	Mensual	Pensión de retiro, Seguro social, SSI, VA beneficios, otros ingresos	Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces as mes	Mensual
(Ejemplo) Jane Smith	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 4. FIRMA (UN ADULTO DEBE FIRMAR)

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que se informan todos los ingresos, entiendo que la escuela obtendrá fondos estatales y federales según la información que proporcione. Entiendo que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Entiendo que si doy información falsa a propósito mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios.

Firme aquí : _____ Nombre : _____ Fecha: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Numero de
telefono: _____ Number de celular: _____

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Educación de los EE. UU. , esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo identidad de género, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba al departamento de Educación de EE. UU. , Oficina de derechos civiles, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 o llame (215) 656-8541 (Voz). Las personas con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con U.S. DOE servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). El departamento de educación de EE. UU. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Aviso de Privacidad

El departamento de educación de Kentucky requiere que las escuelas recopilen información en este formulario. No es necesario que brinde esta información. Pero si no lo hace no podemos determinar la elegibilidad de su hijo para recibir beneficios adicionales (como exenciones de tarifas para la escuela, y/o programas deportivos) bajo programas estatales y federales. Mantendremos la información que nos proporcione como privada y confidencial en la medida requerida por la ley. Sin embargo , compartiremos su estado socioeconómico con varios programas estatales y federales para ayudarlos a evaluar,, financiar o determinar los beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programas y con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a investigar violaciones de las reglas del programa. Independientemente todos los estudiantes inscritos en una escuela de Provisión de Elegibilidad Comunitaria reciban comidas sin cargo.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL HOGAR

- Incluyó a todos sus hijos?
- Está marcada la casilla de verificación de frecuencia, por cada miembro?
- ¿Ha firmado esta forma?

NO COMPLETE ESTA PARTE. ESTO ES SOLO PARA USO DE LA ESCUELA.

Conversión de ingresos anuales, Semanalx52, Cada 2 semanasx26, 2 veces al mesx24, Mensualx12

Ingresos Totales: _____ Por: Semana Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual Anualmente: _____

Elegibilidad Categórica: _____ SES Código: Gratis ___ Reducido _____ Pagar _____

FRAM Coordinador: _____ Fecha: _____