CARROLL INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

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

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL: *Primero* *Medio* *Último*			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: *Primero* *Último*			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):

[__] NUNCA he estado empleado

[__] Falta de trabajo / incapacidad para encontrar trabajo

[__] Beneficios de desempleo terminados / no elegibles

[__] Divorcio / Separación del principal proveedor financiero

[__] Desastre natural

[__] Enfermedad grave / terminal

[__] 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