

1 Información del Estudiante

Escribe nombres de TODOS los estudiantes, los que asisten una escuela en el condado Davidson. Si esta aplicación es para un niño de acogido, lo cual es la responsabilidad de una agencia de asistencia social o de la corte, marque una "X" aquí ☐. Nombres de niños, los que tienen una familia de acogida, deben ser notados en aplicación aparte.

Si es aplicable, favor de anotar el ingresos antes de impuestos del estudiante, y cuantas veces se recibe. En la "frecuencia de ingresos" caja debe notar [A] anualmente,[M] mensual, [T] (2 veces al mes), [E] cada otra semana, y [W] semanal. Para ejemplos, véase la sección 2.

	Primer Nombre	M	Apellido	Número de Seguro Social (opcional)	# de Caso de WorkFirst \ Estampillas	Nombre de la Escuela	Grado	Marque una x si no hay Ingresos	Ganancias del Estudiante del Trabajo Antes de Deducciones	Centavos	Frecuencia de Ingresos	Seguridad Social Y Otros Ingresos Antes de Deducciones	Centavos	Frecuencia de Ingresos
1								☐	\$			\$		
2								☐	\$			\$		
3								☐	\$			\$		
4								☐	\$			\$		
5								☐	\$			\$		
6								☐	\$			\$		

2 Miembros del Hogar

Escriba el nombre de todas las personas que viven en el hogar, menos los estudiantes anotados arriba. Por favor, introduzca Ingreso Bruto y con qué frecuencia se reciben. En la "frecuencia de ingresos" caja debe notar [A] anualmente, [M] mensual, [T] dos veces al mes, [E] cada otra semana, y [W] semanal. UN EJEMPLO: \$ 9 5 0 0 . 5 8 A anualmente / \$ 1 2 0 0 . 9 9 M mensual / \$ 6 0 0 . 2 5 T dos veces al mes / \$ 5 5 4 . 0 0 E cada otra semana / \$ 3 2 5 . 7 5 W semanal.

	Primer Nombre (Adulto Que Firma)	Apellido (Adulto Que Firma)	Marque una x si no hay Ingresos	Ganancias de Trabajo antes de Deducciones	Centavos	Frecuencia de Ingresos	Asistencia Social, Apoyo de Niño, Pensión Alimenticia	Centavos	Frecuencia de Ingresos	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Centavos	Frecuencia de Ingresos	Cada otro Ingresos	Centavos	Frecuencia de Ingresos
1			☐	\$			\$			\$			\$		
2			☐	\$			\$			\$			\$		
3			☐	\$			\$			\$			\$		
4			☐	\$			\$			\$			\$		
5			☐	\$			\$			\$			\$		
6			☐	\$			\$			\$			\$		

3 Sin Hogar/Migrante/Joven Fugado

Si esta aplicación es para niño sin hogar, o de familia migrante o es joven fugado, ponga una flecha en la casilla apropiada y llame al personal escolar, lo que está encargado de estos grupos de estudiantes, en el núm. tel. (336) 242-5525.

☐ Sin Hogar ☐ Migrante ☐ Joven Fugado

4 Renuncia de Privacidad (opcional)

Para los programas siguientes, debemos tener su permiso para compartir su información. Para esta sección no cambiará el que sus niños reciben precio reducido o libre de las comidas.

☐ BeneficiosDentales ☐ Beneficios de Salud

Signature: X

5 Raza/Identidad Étnica (opcional)

Marque una o más identidades étnicas:

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Afro-Americano ☐ Blanco

☐ Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacifico ☐ Otro

Marque una identidad étnica:

☐ Hispano o Latino

☐ No Hispano o Latino

6 Dirección del Hogar

Ciudad

Estado

Código Postal

El adulto responsable del hogar debe firmar esta solicitud. Si la segunda sección esta completa, el adulto responsable del hogar debe poner su Número de Seguro Social ó marcar la casilla que indica "No tiene". Yo certifico que toda información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos monetarios han sido reportados. Entiendo que el Sitema Escolar recibira fondos Federales basados en la información de mi solicitud. Entiendo que los funcionarios del Sistema Escolar podrian verificar dicha información. Entiendo que si doy información falsa deliveradamente, mis hijos podrian perder beneficiós de comida en la escuela, y yo podría ser perseguido por ley.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Número de Seguro Social del Adulto que Firma:

Código de Area ()

Número de Teléfono Durante el día -

Marque aquí ☐ si no tiene un número de seguro social.

Uso de la Oficina