0835186214

2016-17

Escuelas del Condado Davidson - Solicitud Familiar Para Recibir Beneficios de Alimentación.

Por favor escriba de forma ordenada y en letra imprenta. Escriba una letra MAYÚSCULA en cada casilla. Use tinta negra.

1 Información del Estudiante

Enumere TODOS los estudiantes que asisten a una escuela del condado de Davidson. Si el niño por el cual está aplicando es un Menor Sin Vivienda Fija, Menor Migrante o Menor que ha huido del hogar, marque la casilla correspondiente ([F] Foster, [H] Homeless, [M] Migrante, [R] Fugitivo, [Z] Head Start), y llame al Intermediario encargado de la coordinación de menores sin hogar / Migrante al (336) 242-5635. Si es pertinente, introduzca el ingreso bruto del estudiante y la frecuencia con que recibe el pago. En la casilla de frecuencia de ingresos entre [A] para Anualmente, [M] para Mensualmente, [T] para Dos veces al mes, [E] para cada dos semanas y [W] semanalmente. Para ejemplos, lea la sección 3.

	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Foster, Head Start, Migrante, Fugitivo, Homeless	Número del Estudiante	Nombre de la Escuela	Grado	Ingreso del trabajo del Estudiante Antes de Deducciones	Frecuencia de Ingresos	Seguro Social Y Otros Ingresos Antes de Deducciones	Frecuencia de Ingresos
1								$		$	
2								$		$	
3								$		$	
4								$		$	
5								$		$	
6								$		$	

2 Beneficios

SI ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR RECIBE SNAP/FNS (anteriormente conocido como estampillas de comida), FDPIR, Asistencia TANF / WF MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y PROCEDA A LA PARTE 4. **SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PROCEDA DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.**

☐ FDPIR ☐ TANF/WF

☐ SNAP/FNS

Número de Caso (NO NÚMERO DE TARJETA EBT)

3 Información del Hogar

Escriba el nombre de todas las personas que habitan en el hogar, sin incluir a los estudiantes anotados arriba. Por favor, introduzca el Ingreso Bruto (cantidad antes de deducciones) y con qué frecuencia se recibe. Por favor INSERTE un "0" para indicar que NO RECIBE INGRESOS donde sea aplicable. Si deja la casilla de ingresos en blanco eso certifica que no tiene ingresos que reportar. En la casilla "frecuencia de ingresos" debe anotar [A] para anualmente, [M] para mensual, [T] para dos veces al mes, [E] para cada dos semanas, y [W] para semanal. EJEMPLO: $ 9500 A anualmente / $ 1200 M mensual / $ 600 T dos veces al mes / $ 554 E cada otra semana / $ 325 W semanal.

	Nombre del adulto que firma	Apellido del adulto que firma	Ingreso antes de los impuestos	Frecuencia de Ingresos	Beneficios sociales, retribución por los hijos o del ex-esposo(a)	Frecuencia de Ingresos	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Frecuencia de Ingresos	Otro ingresos	Frecuencia de Ingresos
1			$		$		$		$	
	Nombre de las (otras personas)	**Apellido (otros miembros)**								
2			$		$		$		$	
3			$		$		$		$	
4			$		$		$		$	
5			$		$		$		$	
6			$		$		$		$	

4 Raza/Grupo Étnico (opcional)

Elija una Etnia:

☐ Hispano/Latino

☐ NoHispano/Latino

Elegir uno o más: Independientemente de su Etnia:

☐ Asiático

☐ Blanco

☐ Afro-Americano

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacifico

5

Dirección del Hogar | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal**

Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación. Si completó la sección de ingresos, el adulto que firme la aplicación deberá incluir también los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o seleccionar la casilla que dice "No tengo Número de Seguro Social." "Certifico (prometo) que toda la información registrada en esta aplicación es verídica y todos los ingresos fueron registrados. Entiendo que esta información es otorgada en conexión a la entrega de fondos Federales y que los directivos de la escuela pueden verificarla. Estoy consciente de que en caso de entregar información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentación y yo podría ser juzgado bajo las Leyes Federales y Estatales."

Código de Area ( ) **Número de Teléfono Durante el dia** -

FIRMA: _____

FECHA: _____

ADULTO RESPONSABLE SSN# (Solo escriba los últimos cuatro dígitos)

Marque aquí ☐ si no tiene número de seguro social.

Número de miembros en el hogar (Uso de la oficina Sólo)

FIRMA IMPRESO: _____

EMAIL: _____