Lake Station Community Schools

Solicitud alternativa de elegibilidad gratuita y reducida para el hogar para 2026-2027

Complete una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo (no lápiz).

Requerido por el Consejo Estatal de Cuentas, Formulario escolar 521A/2026

Presente la solicitud en línea:
Envíela a: Lake Station Community Schools
Dirección: 3304 Parkside Ave, Lake Station, IN 46405

Las instrucciones para cada paso, incluidos los ejemplos de ingresos, se encuentran en la página Carta a los padres e instrucciones.

PASO 1 Enumere TODOS los niños, bebés y estudiantes que asisten hasta el grado 12 inclusive. Adjunte otra hoja de papel si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niños de la casa. No olvide indicar los bebés, niños que asisten a otras escuelas, niños que no asisten a la escuela y los niños que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niños que no son parientes suyos en su hogar.

Primer nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	Marque todas las opciones que correspondan. Cuidado tutelar	Inmigrante	Fugitivo	Sin hogar	Solo para estudiantes Nombre del edificio de la escuela	Fecha de nacimiento	¿Vive con padre/madre o con un familiar al cuidado? Sí	No
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐
				☐	☐	☐	☐			☐	☐

PASO 2 ¿Participa algún miembro del hogar (incluido usted) en: SNAP o TANF?

NO ☐ → Vaya al PASO 3.

SÍ ☐ → Escriba aquí el número de caso y continúe con el PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO NÚMERO EBT):

Escriba solo el número de caso de 10 dígitos en este espacio.

PASO 3 Enumere TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de descontar impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente, incluido usted).

Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada uno de los miembros del hogar enumerados, si reciben ingresos, informe sobre los ingresos brutos totales (antes de descontar impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en dólares enteros (sin céntimos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	¿Con qué frecuencia los recibe? Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual	Asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimentaria	¿Con qué frecuencia los recibe? Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual	Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de la VA, todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia los recibe? Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	☐

Cantidad total de miembros del hogar (Niños y adultos)		**Cuatro últimos números del número de seguro social de la persona que recibe el salario principal o de otro miembro adulto del hogar (si corresponde)**					Marque si no tiene número de seguro social ☐

B. Ingresos de los hijos

A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de descontar impuestos y deducciones) percibidos por TODOS los niños enumerados en el PASO 1.

Ingresos de los hijos	¿Con qué frecuencia los recibe? Semanal	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensual	Anual
$	☐	☐	☐	☐	☐

PASO 4 **Información de contacto y firma del adulto.** **DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA DE SU HIJO:** **3304 Parkside Ave, Lake Station, IN 46405**

La información de esta solicitud puede ser compartida con otras oficinas dentro del Departamento de Educación de Indiana, para ser utilizada en la determinación de **asignaciones de Título I, becas Choice y otras oportunidades de financiamiento.** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre en letra imprenta de la persona adulta que firma el formulario	Firma de la persona adulta:	Fecha de hoy:

Dirección postal (si está disponible)	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)

Opcional **Identidad racial y origen étnico de los niños. Esta información es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974.**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): ☐ Hispano o latino (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza)
☐ No hispano o latino

Raza (marque una o más opciones): ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

Devuelva este formulario completo a la escuela de su hijo. *<u>No</u> envíe por correo, fax ni correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

DO NOT FILL OUT **For school use only.**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income:	How often received?					Household Size:	Categorical Eligibility ☐	Eligibility Determination			Determining Official's Signature	Date
	Weekly	Every 2 Weeks	2x Month	Monthly	Annual			Free	Reduced	Denied		
	☐	☐	☐	☐	☐			☐	☐	☐		

For use at verification

Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature	Date

Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo.