SOLICITUD PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS – AÑO ESCOLAR 2026-27

ESTE SOLICITUD SOLAMENTE SE LLENA EN LAS ESCUELAS QUE SIRVEN COMIDAS GRATIS POR LA PROGRAMA CEP

Gray M. Sanborn • Jane Addams • Kimball Hill • Lake Louise • Lincoln • Virginia Lake • Willow Bend • Winston Campus Elementary
Carl Sandburg Middle School • Walter R. Sundling Middle School • Winston Campus Middle School • Conyers Learning Academy

PARTE 1 —Todos los estudiantes de CCSD15 que viven en el hogar

ID de alumno/a (opcional)	Nombre Apellido	Nombre de la escuela	F	H	M	R
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

F =Hijo de Crianza, **H** = Sin Hogar
M = Migrante, **R** = Fugado del Hogar

PARTE 2 — Programas de beneficios

Algún miembro de su hogar recibe beneficios SNAP o TANF o FDPIR? **Indique uno**: Sí / No

Si NO Complete Parte 3.
Si contestó SÍ Escribe solamente un número de caso, y pase al Parte 4.

Case Number:

PARTE 3 — Enumerar TODOS los Miembros del hogar y sus ingresos (Si contestó SÍ en Parte 2, pase a la parte 5. No llene esta parte.)

Haga una lista de todas las personas en la casa (menos los alumnos anotados en la PARTE 1) **aunque no reciban un ingreso**. Para cada persona, escriba el ingreso total que reciba de cada categoría en dólares. Si no reciben ningún ingreso, escriba '0'. Con escribir '0' o dejar cualquier área en blanco, está declarando que no hay ingreso para reportar.

Ingreso bruto y frecuencia: **W** = Semanal, **E** = Cada 2 semanas, **T** = 2 veces/mes, **M** = Mensual

Personas que viven en el hogar (Nombre y apellido)	Ingresos del trabajo	Frecuencia	Ayuda del gobierno / Manutención a hijos/cónyuge	Frecuencia	Pensiones / Jubilaciones / Cualquier otro ingreso	Frecuencia
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M
		W E T M		W E T M		W E T M

Número total de hogares

PARTE 5 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

Yo declaro que toda la información de esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos familiares. Entiendo que he proveído esta información para recibir fondos federales, y oficiales de la escuela pueden verificarla.

Nombre del adulto quien llenó la solicitud

Firma del adulto quien llenó la solicitud (requerida) X

Fecha de hoy M M D D Y Y

Dirección (si hay una disponible)

Ciudad

Estado I L

Código Postal

Número de teléfono (casa)

Número de teléfono (trabajo)

Correo electrónico (si tiene)

Mandaremos la noticia escrita para hacerles saber la condición de su solicitud (beneficios aprobados o no aprobados)

LAS SIGUIENTES SECCIONES SON PARA USO ESCOLAR SOLAMENTE

Annual Income Conversion: Weekly x52, Every 2 Weeks x26, Twice a Month x24, Monthly x12

Total Income

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ 2x Month ☐ Monthly ☐ Annual

Household Size

Fee Waiver ☐ Approved ☐ Denied

Date Processed