

PASO 1 — Nombre TODOS los Estudiantes

ID del Estudiante (opcional)	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (opcional)	Escuela	Grado (Opcional)	Adoptivo	Sin Hogar	Migrantes	Fugitivo	Head Start

Nota: Los estudiantes matriculados en las escuelas que participan en el suministro de la Comunidad de Elegibilidad (CEP) recibirán comidas gratis sin importar la determinación final o la elegibilidad de esta solicitud.

PASO 2 — Programas de Asistencia

¿Alguno de los miembros del hogar (incluyendo usted) participan actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, or FDPIR? Circule uno: Sí / No

Si respondió NO > Complete el PASO 3. Si respondió SI > Escribe un Número del Grupo de Elegibilidad Determinación (EDG) luego omita el PASO 3 y vaya al PASO 4.

Número De EDG:

PASO 3 — Todos los Ingresos de los Miembros del Hogar (Sáltese este paso si responde "Sí" al PASO 2)

Lista de todos los miembros del hogar (incluyendo usted) incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista, reporte el ingreso total de cada fuente en dólares enteros solamente. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba '0'. Si usted indica "0" o deja algún campo en blanco, se está certificando (promete) que no tiene ingresos para informar.

Nombre de los Miembros del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingreso bruto y qué frecuencia que los recibe: W = Semanal, E = Cada Dos Semanas, T = Dos Veces al Mes, M = Mensual	Frecuencia?				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Frecuencia?				Pensiones / Jubilación / Otros Ingresos	Frecuencia?			
		W	E	T	M		W	E	T	M		W	E	T	M

Tamaño total del hogar (Niños y Adultos)Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Proveedor Principal o de Otro Adulto Miembro del Hogar*** -**-****Marque si no tiene SSN

PASO 4 — Información de Contacto y Firma de un Adulto

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todos los ingresos fueron reportados. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

Imprima nombre del adulto llenando este formulario	Firma del adulto que llene este formulario	Fecha de Hoy
	X	M M D D Y Y
Dirección (si está disponible)	Ciudad	Estado
		T X
Código Postal		
Teléfono De Casa	Teléfono Del Trabajo	Correo Electrónico

