

Solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

Devuélvala a:

o Presente su solicitud en línea:

Carroll ISD

2400 N Carroll Ave. Southlake, TX 76092

PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.

Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Definición de **Miembro del hogar**: "Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados."

Los niños **temporalmente adoptados** (foster), niños que satisfacen la definición de **migrantes, sin hogar**, (homeless), o **fugitivo**, (runaway) son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

El primer nombre del niño/a	inicial del segundo nombre	Apellido(s) del niño/a	¿Estudiante?		Grado	Head Start Foster Child Sin hogar, Migrante, Huyó del hogar		
			Sí	No				
			☐	☐		☐	☐	☐
			☐	☐		☐	☐	☐
			☐	☐		☐	☐	☐
			☐	☐		☐	☐	☐
			☐	☐		☐	☐	☐
			☐	☐		☐	☐	☐

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO Continúe al PASO 3. YES Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, n/a para FDPIR) aquí, y pase directamente a la PASO 4 (no complete el PASO 3) Número de EDG

PASO 3 Declare el Ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Paso 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó lasolicitud: XXX- XX- Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo)

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Nombre del Adulto (primer y apellido)	Sueldo de Trabajo	Frecuencia					Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia	Frecuencia					Pensiones/jubilación/ seguridad social/SSI/ beneficios de la VA/ todos otros ingresos	Frecuencia				
		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A		W	E	T	M	A
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐
	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1. Si corresponde, incluya los ingresos de los niños adicionales enumerados en la página 2. La conversión de frecuencia de ingresos está en la página 2.

Totales ingresos de los Niños

W E T M A

D. Total de los miembros del hogar

(los niños y adultos)

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos del hogar. Entiendo que Carroll ISD utilizará esta información para determinar la elegibilidad para recibir asistencia con las comidas escolares y que el distrito podrá verificarla. Entiendo que proporcionar información falsa intencionalmente puede resultar en la pérdida de los beneficios de comidas escolares.

Dirección postal (si está disponible)	Apt #	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono y correo electrónico (opcional)
Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto		Fecha de hoy	Updated August 27, 2024

NOMBRES ADICIONALES

Liste los **niños** adicionales del Hogar, sin liste en Paso

El primer nombre del niño/a

inicial del
segundo nombre

Apellido(s) del niño/a

¿Estudiante?

Sí

No

Grado

Marque todas las opciones
que correspondan.

Head
Start

Foster
Child

Sin hogar,
Migrante,
Huyó del hogar

Liste los **adultos** adicionales del hogar, sin liste en Paso 3. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente.

Nombre del Adulto
(primer y apellido)

Sueldo de Trabajo

\$

\$

\$

Frecuencia

W

E

T

M

A

Asistencia Social/
Manutención de niños /
Pensión alimenticia

\$

\$

\$

Frecuencia

W

E

T

M

A

Pensiones/jubilación/
seguridad social / SSI/
beneficios del VA/
todos otros ingresos

\$

\$

\$

Frecuencia

W

E

T

M

A

NO LLENAR. Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: weekly x 52, every two 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.

Household Size

Total Income

Frequency

W

E

T

M

A

Categorical Determination

Eligibility

Free

Reduced

Denied

Date Received

Date Withdrawn

Reviewing/Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date