

2018-19 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y A Precios Reducidos Del Condado Cleveland
(Llene una aplicación por hogar. Por favor utilice un bolígrafo.)

Servicios de Nutrición del Escuela
400 W. Marion St, Shelby, NC 28150 / (704) 476-8127

School Nutrition Use Only:

--

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del Hogar

1) **ANOTE** los nombres de **TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES** que formen parte del hogar que cursen hasta el 12º grado.

2) **CIRCULE "S" para ESTUDIANTE u "O" para Otros niños** que no sean estudiantes, para indicar el rol del niño en el hogar.

Si aplica, para cada **ESTUDIANTE** del hogar, por favor **INDIQUE el Nombre de la Escuela** en dónde se encuentra el estudiante cursando actualmente y el **Grado** indicado.

Si aplica, por favor **CIRCULE** si el **ESTUDIANTE** es:
H = Sin Hogar
M = Migrante
R = Abandono Hogar
F = Desplazado

NOTA: Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección **"Fuentes de Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES"** en la página 1 de este folleto

B. Programas de Asistencia

Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una: S O	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una: H M R F

Ingreso de NIÑOS/ESTUDIANTES Ingresos de Trabajo	Fuentes de CUALQUIER OTRO Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES												
<p>ANOTE el monto del ingreso bruto (antes de deducciones) en número entero de dólares. (\$000)</p> <p>Ingreso Bruto CIRCULE la Frecuencia</p> <table border="1"> <tr><td>\$</td><td></td><td></td><td></td><td>SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES</td><td>MENSUAL</td></tr> </table>	\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL	<p>Ingreso CIRCULE la Frecuencia</p> <table border="1"> <tr><td>\$</td><td></td><td></td><td></td><td>SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES</td><td>MENSUAL</td></tr> </table>	\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL
\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL								
\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL								

¿Algún miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF ó FDIPIR?
 NO Sí

Si selecciona "Sí" por favor indique un número de caso (solo uno)

NÚMERO DE CASO:

--

Entonces **SALTE** a la **SECCIÓN E**

C. ADULTOS Miembros del Hogar
ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.

1) Para cada ADULTO miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) **ESCRIBA TODOS** los tipos y montos de ingreso. Por favor **ESCRIBA** un "0" para indicar que NO RECIBE INGRESOS cuando aplique. Si una casilla de ingresos se deja en blanco, asumiremos que usted certifica que no recibe ingresos a reportar.
2) **UTILICE solamente cantidades enteras en dólares** (sin centavos) (ej. \$1000). **NOTA:** Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección **"Fuentes de Ingreso para ADULTOS"** en la página 2 o al reverso de esta aplicación.

Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)

Primer Nombre (Otros adultos)	Nombre Apellido (Otros adultos)

Ingresos Bruto del Trabajo	Asistencia Pública /Retribución del ex esposo(a)/Sustento a menores	Pensiones/Jubilación/ Otro tipo de ingresos																		
<p>CIRCULE la Frecuencia</p> <table border="1"> <tr><td>\$</td><td></td><td></td><td></td><td>SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES</td><td>MENSUAL</td></tr> </table>	\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL	<p>CIRCULE la Frecuencia</p> <table border="1"> <tr><td>\$</td><td></td><td></td><td></td><td>SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES</td><td>MENSUAL</td></tr> </table>	\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL	<p>CIRCULE la Frecuencia</p> <table border="1"> <tr><td>\$</td><td></td><td></td><td></td><td>SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES</td><td>MENSUAL</td></tr> </table>	\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL
\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL															
\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL															
\$				SEMANAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	MENSUAL															

D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)

ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ →

ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN AQUÍ (Jefe de Familia o Proveedor Principal del Hogar SOLAMENTE) →

NO tengo Número de Seguro Social

E. Atestación: Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación.

"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."

Firma del Jefe de Familia:	Fecha:	Email:	Dirección:
Nombre impreso:		Número de Contacto:	Ciudad: Estado: Código Postal:

F. Identidad Étnica y Racial del (de los) niño(s) (Opcional)

SELECCIONE una etnia:
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino

SELECCIONE una o más (independientemente de la etnia):
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
 Blanco

FOR OFFICE USE ONLY

Total Household Members:

Total Household Income:

Weekly Bi-Weekly Monthly
 Bi-Monthly Annually

Eligibility Determination: Categorical Eligibility Free
 Reduced Denied

Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date:

Confirming Official's Signature & Date:

Verifying Official's Signature & Date: