|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Devuelva la solicitud completada a:** *(Escriba el nombre de la escuela, dirección postal aquí)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parte 1: Niños que asisten a la escuela** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela **(primer nombre, inicial del segundo, apellido)**.  Si todos los niños nombrados son niños en custodia, proceda a la Parte 4 para firmar el formulario.  Si algunos de los niños son niños en custodia o sin hogar, migrantes o refugiados, complete todos los pasos de la solicitud. | | | | | | | | Grado | | | Nombre de la escuela a la que el niño asiste | | | | | | | | | | Marque todas las que correspondan | | | | | | | | |
| Niño en custodia | | | | | | | Niño sin hogar, migrante o refugiado | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | ❑ | | | | | | | ❑ | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | ❑ | | | | | | | ❑ | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | ❑ | | | | | | | ❑ | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | ❑ | | | | | | | ❑ | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | ❑ | | | | | | | ❑ | |
| **Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el **NÚMERO DE CASO MAESTRO** (Master Case Number)  en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDPIR:  (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia  electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar la cantidad y la frecuencia)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Miembros de la familia**   Indique el nombre de **todos** los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en **dólares, en números redondos** (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar “0” o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso **personal** del niño en custodia. | | | | | | 1. **Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ganancias de trabajo  antes de las deducciones | | | | | | | | | Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia | | | | | | | | Pensiones, jubilación y  demás ingresos | | | | | | |
| Ingreso | | | | | | Frecuencia | | | Ingreso | | | | Frecuencia | | | | Ingreso | | | | | | Frecuencia |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | |  |
| Número total de miembros de la familia: | | | | \_\_\_\_\_ | | Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del | | | | | | | | | | | | | | | | | | Marque esta opción si  no hay SSN ❑ | | | | | |
| (Niños y adultos) | | | | adulto que firma este formulario: XXX – XXX – \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *“Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firme aquí: |  | | | | | Nombre en letra de imprenta: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Fecha: | |  | | |
| Dirección (si está disponible): | |  | | | | | | | | | | | Código postal: | | | |  | Teléfono durante el día: | | | | | | | |  | | | |
| **Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Marcar una identidad étnica: – y – Marcar una o más identidades raciales:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ❑Hispano o latino  ❑No hispano ni latino | | | | | ❑Asiático  ❑Blanco | | | | | ❑Negro o afroamericano  ❑Indio americano o nativo de Alaska | | | | | | | | | | | | ❑Nativo de Hawái u  otra isla del Pacífico | | | | | | | |
| **No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conversión del ingreso anual: | | | Semanal X 52 | | | | | | Cada 2 semanas X 26 | | | | | | | Dos veces al mes X 24 | | | | | | | | Mensual X 12 | | | | | |
| Cantidad total de integrantes de la familia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ingreso total:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por  ❑Año ❑Mes ❑Dos veces al mes ❑Cada dos semanas ❑Semana | | | | | | |