2009-2010 Solicitud de Familia para Beneficios de Comidas

Meriden Public Schools

Lea las instrucciones al reverso. Use tinta negra. Escriba claramente dentro de las casillas y evite marcar fuera de ellas. Por favor use LETRAS MAYÚSCULAS. Llene una solicitud por hogar o por niño acogido.

1 **NIÑO ACOGIDO**
SE DEBE USAR UNA SOLICITUD SEPARADA PARA CADA NIÑO ACOGIDO

☐ Coloque una X en la casilla de la izquierda si esta solicitud es para un niño que es responsabilidad legal de una agencia de bienestar público o tribunal E indique los ingresos para uso personal en el espacio a la derecha. Escriba "0" si el niño no recibe ingresos para uso personal.

$ _____ . ____ Freq ☐

2 **DEAMBULANTE o ESCAPADO:** Coloque una X en la casilla apropiada si el niño para quien usted está llenando la solicitud es deambulante (H) o está escapado (R), y llame al oficial de enlace de la escuela, el Sr. Fernando Tiago, al (203) 630-4192.

H ☐ R ☐

3 **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:** Llene la información de abajo para TODO ESTUDIANTE MATRICULADO actualmente en una escuela de este distrito. Si esta solicitud es para un Niño Acogido, indique un solo niño acogido aquí – NO incluya aquí otros estudiantes junto con el Niño Acogido.

# De Identificación Estudiante (si lo sabe)	Nombre (legal)	IM	Apellido	La fecha de Nacimiento M M D D A A	Código Escolar	Grado	SNAP (Anteriormente Cupones de Alimentos) o TFA # NIÑO ACOGIDO

4 Los niños en la lista de arriba ☐ Pueden cumplir los requisitos (Siga llenando la solicitud) ☐ No cumplen los requisitos (Por favor ponga sus iniciales aquí_____ y devuelva la solicitud)

5 **MIEMBROS DEL HOGAR** Incluya TODOS los otros miembros del hogar y sus ingresos. No incluya los estudiantes mencionados arriba a menos que el estudiante reciba ingresos regularmente. INCLUYA EL INGRESO TOTAL antes de pagar impuestos y deducciones y, en la casilla "Freq", CUAN A MENUDO SE RECIBEN LOS INGRESOS (W=semanalmente, E=cada dos semanas, T=Dos veces al mes, M=Mensualmente, Y=Anualmente). Marque la casilla de "No Ingreso" o indique la cantidad del ingreso donde sea aplicable pero no escriba "NINGUNO" o "NA".Si usted esta recibiendo beneficios médicos solamente, usted tiene que reportar un ingreso y completar la sección 5. Si usted dio un número de cliente o de *SNAP* (anteriormente Cupones de Alimentos) o *TFA*, salte la parte 5.

Escriba el nombre y apellido legal de otros adultos y niños, incluyendo sufijos (Jr., Sr.) si es aplicable.	"No Ingresos"	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Freq	Pagos de bienestar público, Pensión alimentaria/ Sustento de niños	Freq	Pago de pensiones, Retiro/Seguro Social	Freq	Cualquier otro ingreso	Freq
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	
	☐	.		.		.		.	

6 ____ **INDIQUE EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RESIDEN EN SU HOGAR (según las secciones 3 y 5)**

7

Dirección postal _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado ____ Código postal _____ ( ) _____ - _____
Teléfono de contacto durante el día

8 **CERTIFICACIÓN:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta y que todo ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela va a recibir Fondos Federales basados en la información que yo doy, que oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si yo doy información falsa a propósito, mis niños pueden perder los beneficios de alimentos

FIRMA DEL ADULTO (REQUERIDA)

X _____

NOMBRE (escriba con letra legible) _____

APELLIDÓ (escriba con letra legible) _____

(M= mes, D= día, Y= año) FECHA DE LA FIRMA M M ____ D D ____ Y Y ____

9 El adulto que llenó esta solicitud debe firmar e incluir su número de seguro social (NSS). Un NSS NO se requiere en solicitudes con *SNAP* (anteriormente Cupones de Alimentos), *TFA*, *FDPIR*, ni con Niños Acogidos. Si usted NO tiene un NSS, marque una X en la casilla.

___ - ___ - _____ X aquí si NO tiene un SSN ☐

Numero de Seguro Social del ADULTO

10 **Raza (Opcional)**

☐ Indio Americano ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano u Otro Isleño Pacífico

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Household Size _____ Total Income _____ . ____ Freq ____ Eligibility Code S

Signature of Determining Official _____ Date Notice Sent: _____

Notes: _____

Identidad étnica (Opcional) ☐ Hispano o Latino ☐ Not Hispanic or Latino6