

1 Información del Estudiante Enumere TODOS los estudiantes que asisten a una escuela de las Escuelas Públicas de Durham. Si el niño por el cual está aplicando es un Menor Sin Vivienda Fija, Menor Migrante o Menor que ha huido del hogar, marque la casilla correspondiente (F) Foster, (H) Homeless, (M) Migrante, (R) Fugitivo, y llame al Intermediario encargado de la coordinación de menores sin hogar / Migrante al (919) 560-3927. Si es pertinente, introduzca el ingreso bruto del estudiante y la frecuencia con que recibe el pago. En la casilla de frecuencia de ingresos entre [A] para Anualmente, [M] para Mensualmente, [T] para Dos veces al mes, [E] para cada dos semanas y [W] semanalmente. Para ejemplos, lea la sección 3.

2 Beneficios

	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Foster, Migrante, Fugitivo, Homeless	Número del Estudiante	Nombre de la Escuela	Grado	Ingreso del trabajo del Estudiante Antes de Deducciones	Frecuencia de Ingresos	Seguro Social Y Otros Ingresos Antes de Deducciones	Frecuencia de Ingresos
(1)								\$		\$	
(2)								\$		\$	
(3)								\$		\$	
(4)								\$		\$	
(5)								\$		\$	
(6)								\$		\$	

SI ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR RECIBE SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN (FNS), FDPIR, Asistencia TANF/WORK FIRST MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y PROCEDA A LA PARTE 4. **SI NADIE RECIBE ESTOS BENEFICIOS PROCEDA DIRECTAMENTE A LA PARTE 3.**

Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS)

FDPIR

TANF/Work First

Número de Caso (NO NÚMERO DE TARJETA EBT)

3 Información del Hogar Escriba el nombre de todas las personas que habitan en el hogar, sin incluir a los estudiantes anotados arriba. Por favor, introduzca el Ingreso Bruto (cantidad antes de deducciones) y con qué frecuencia se recibe. Por favor INSERTE un "0" para indicar que NO RECIBE INGRESOS donde sea aplicable. Si deja la casilla de ingresos en blanco eso certifica que no tiene ingresos que reportar. En la casilla "frecuencia de ingresos" debe anotar [A] para anualmente, [M] para mensual, [T] para dos veces al mes, [E] para cada dos semanas, y [W] para semanal. EJEMPLO: \$ 500 A anualmente / \$ 1200 M mensual / \$ 600 T dos veces al mes / \$ 554 cada otra semana / \$ 325 W semanal.

	Nombre del adulto que firma	Apellido del adulto que firma	Ingreso antes de los impuestos	Frecuencia de Ingresos	Beneficios sociales, retribución por los hijos o del ex-esposo(a)	Frecuencia de Ingresos	Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Frecuencia de Ingresos	Otro ingresos	Frecuencia de Ingresos
(1)			\$		\$		\$		\$	
(2)	Nombre de las (otras personas)	Apellido (otros miembros)	\$		\$		\$		\$	
(3)			\$		\$		\$		\$	
(4)			\$		\$		\$		\$	
(5)			\$		\$		\$		\$	
(6)			\$		\$		\$		\$	

4 Divulgación de la Información de los Beneficios (Opcional)

5 Raza/Grupo Étnico (opcional)

Necesitamos su consentimiento para compartir la información que usted ha provisto en esta solicitud con los siguientes programas. Completar esta sección no afectará que su(s) niño(s) reciban alimentos gratuitos o a precios reducidos.

Programa Dental Programa de Salud

Firma: X _____

Elija una Etnia:

Hispano/Latino

No Hispano/Latino

Elegir uno o más: Independientemente de su Etnia:

Asiático Nativo Americano o Nativo de Alaska

Blanco Nativo de Hawaii o de las Islas del Pacífico

Afro-Americano

6 Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación. Si completó la sección de ingresos, el adulto que firme la aplicación deberá incluir también los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social o seleccionar la casilla que dice "No tengo Número de Seguro Social." *Certifico (prometo) que toda la información registrada en esta aplicación es verdadera 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.

Dirección del Hogar: _____ Ciudad: _____

Código de Área: (____) Estado: _____ Número de Teléfono Durante el día: _____

Código Postal: _____

FIRMA: _____ FIRMA IMPRESA: _____ ADULTO RESPONSABLE SSN#: _____ Marque aquí si no tiene número de seguro social

Correo Electrónico: _____ FECHA: _____

Número de miembros en el hogar (Para uso de la oficina) _____