

ASISTENCIA CON ALIMENTOS Y CUOTAS ESCOLARES

POR FAVOR LLENE Y DEVUELVA JUNTO CON PRUEBA DE INGRESO O ELEGIBILIDAD

Parte 1. Nombre a todos los miembros de su hogar

Nombre(s)	# de identificación del estudiante	

Si escribió un número de caso, por favor avance a la parte 4

Parte 2. Hijo(a) de crianza

Si esta solicitud es para un(a) estudiante que es la responsabilidad legal de una agencia de gobierno o de una corte, anote la cantidad de ingreso mensual para el uso personal del estudiante \$ _____. Vaya a la parte 4.

Parte 3. Ingreso Total del Hogar

Nombre	Ingreso del mes pasado y frecuencia en que lo recibió				
Miembro del hogar que tiene ingreso	Ingreso de trabajo antes de deducciones	Asistencia Social, manutención de menores, pensión conyugal	Pensiones de jubilación, Seguridad Social	Desempleo, Indemnización por accidentes en el trabajo, etc.	Otro ingreso
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____
	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____	\$ ____/____

Parte 4. Firma, dirección, número de teléfono y número de seguridad social

CERTIFICO (PROMETO) QUE TODA LA INFORMACION EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y QUE REPORTE TODOS LOS INGRESOS DEL HOGAR. QUE LOS OFICIALES DE LA ESCUELA REVISARAN LA INFORMACION Y QUE SI DOY INFORMACION FALSA A PROPOSITO O OMITO INFORMACION, PUEDEN PERDER SUS BENEFICIOS Y YO PUEDO SER PROCESADO.

Firma: _____ Dirección: _____ # de teléfono _____

Número de seguridad social XXX-XX-_____ No tengo número de seguridad social

PARE AQUI - La sección de abajo es para uso de la escuela solamente

Household size _____ Income/Frequency _____

Eligibility: FREE _____ REDUCED _____ DENIED _____ (reason)

completed by: _____ date: _____

