

2008-2009 Departamento de Servicios a la Nutrición – Aplicación Familiar para Beneficios de Alimentos

Distrito Escolar del Condado de Collier

Escriba en MAYUSCULA dentro de las casillas con tinta NEGRA O AZUL solamente. **Esta aplicación es para TODOS los estudiantes que viven en su hogar.** MÁS DE UNA PÁGINA MARCAR AQUÍ:

1. Hijo Adoptivo: En algunos casos, un hijo adoptivo es elegible para recibir alimentos gratis o a precio reducido. Marcar esta casilla si el estudiante es Hijo Adoptivo. Complete una aplicación por separado por cada Hijo Adoptivo. Escriba el ingreso del hijo adoptivo en la Parte 3. Escriba "0" si el niño no recibe ingreso de uso personal. Saltar las partes 2, 4 al 5. Continúe con la Parte 6.

2. Si usted está aplicando para un niño sin hogar, inmigrante, o que ha huido de su casa, por favor marque la casilla apropiada y llame la escuela del estudiante, o al Centro de Ayuda para Personas sin Hogar (Karen Morgan at 377-0512), or (Oficina del Migrante al 377-0572.) Estudiante sin Hogar Inmigrante Fugitivo/a

3. Inscriba TODOS los estudiantes en su hogar que asisten a las Escuelas Públicas del Condado de Collier. (Use una aplicación por separado para un Hijo Adoptivo) Si usted recibe Cupones de Alimentos/TANF, escriba el número del caso al lado de cada niño miembro certificado.

Numero del Estudiante (Uso de la Escuela SOLAMENTE)	Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Inicial)	Escuela a la que pertenece		Fecha de Nacimiento del Estudiante (Mes, Día, Año)				Numero de TANF o Cupones de Alimentos (Comienza con 10, 11, or 12)	Ingreso del Estudiante	Ingresos					
		Iniciales /	Grado							Semanal	Quincenal	Doce veces al mes	Mensual	Anual	No Ingresos
										<input type="checkbox"/>					
										<input type="checkbox"/>					
										<input type="checkbox"/>					
										<input type="checkbox"/>					
										<input type="checkbox"/>					

4. Ingreso Bruto del Hogar – Usted debe de notificar cuanto es el ingreso de su hogar y con la frecuencia que lo recibe incluyendo centavos. **No incluya los estudiantes arriba.**

Escriba el nombre de TODAS las personas que viven en su hogar. No incluya los estudiantes arriba.	Ingreso BRUTO – antes de deducciones/ Desempleo	Pagos de Asistencia Social, Divorcio, Sustento de Niños					Pagos de Pensiones, Retiro, Seguro Social / Cualquier otro ingreso				
		Semanal	Quincenal	Doce veces al mes	Mensual	Anual	No Ingresos	Semanal	Quincenal	Doce veces al mes	Mensual
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Total de Personas en su hogar. (Añada los nombre en Partes 3 & 4)

Información Requerida

6. Si usted desea que esta información sea usada para determinar si su hijo(a) es elegible para otro programa educacional, entonces marque esta casilla.

DECLARACION DE LA LEY DE DERECHO A LA PRIVACIDAD: La Sección 9 de la Ley Nacional del Almuerzo Escolar requiere que a menos que usted indique el Numero del Caso de Cupones de Alimentos o TANF, usted debe incluir el Numero de Seguro Social del miembro del hogar que esta firmando esta aplicación o indicar que el miembro del hogar no tiene Numero de Seguro Social. Si el Numero de Seguro Social no es provisto, nosotros no podemos aprobar esta aplicación. El Numero de Seguro Social puede ser utilizado para identificar el miembro del hogar al verificar la integridad de la información obtenida en esta aplicación. Estos tramites de verificación pueden incluir evaluación de programas, auditorias e investigaciones y pueden incluir llamadas a los lugares de empleo para determinar su ingreso, llamadas a las Oficinas del Departamento de Niños y Familias para determinar la certificación presente de Cupones de Alimento o beneficios de TANF, llamadas a la Oficina Estatal de Seguridad de Empleos para determinar la cantidad de beneficios que recibe y verificando la documentación producida por el miembro del hogar para comprobar la cantidad de ingresos que recibe. Estos esfuerzos pueden resultar en la perdida o reducción de los beneficios, reclamos administrativos, o acciones legales si la información incorrecta es reportada.

7. **RAZA ETNICA:** (Opcional) Por favor marque una o mas de las siguientes identidades raciales:

Asiático Indio Americano Negro/No Hispano
 Hispano o Latino Multi-Racial Haitiano/Creole
 Blanco/No Hispano Otro

Dirección Electrónica del Hogar:

8. **Firma y Numero de Seguro Social (El Adulto debe firmar)**
 Yo certifico que toda la información en esta aplicación es verdadera y todos los ingresos están reportados. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que yo doy. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar esta información. Yo entiendo que si yo doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder sus beneficios, y yo puedo ser enjuiciado bajos los estatutos federales.

Nombre Dirección Ciudad Código Postal

Teléfono # Seguro Social Requerido - -

S usted no tiene Numero de Seguro Social, marque esta casilla.
 Información requerida si no tiene Numero de Seguro Social

Firma del Adulto Requerida Fecha (Mes, Día, Año) Información requerida

Nutrition Services Office USE ONLY

Eligibility: F R D TF

Eligibility Date: _____

House ID: _____

Official Initials: _____

De acuerdo con la póliza del Departamento de Agricultura de U.S., y la ley Federal, ninguna persona en este distrito, será, en base de su raza, origen nacional, sexo, deshabilidad, estatus marital, religión, o edad, excluido de la participación en, beneficios denegados de, o ser sujeto a discriminación bajo ningún programa educativo o actividad, o en condiciones de trabajo o prácticas conducidas por el Distrito Escolar del Condado de Collier.