2015-2016 AplicaciónPara Beneficiosde Comidas Par la Familia

Lea las instrucciones al reverso. Use tinta negra. Imprima claramente dentro de las cajitas y evite marcas fuera de ellas. Por favor use MAYÚSCULAS. Llene una aplicación por casa o por niño acogido.

1 INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Incluir a todos los estudiantes matriculados en las escuelas del condado Santa Rosa. Los hijos adoptivos recibirán beneficios gratuitos independientemente de sus ingresos personales o los ingresos de su hogar. si tienes hijos adoptivos viven con usted desea solicitar el beneficio de estas comidas, por favor póngase en contacto con la escuela directamente y la casilla de verificación para los estudiantes de acogida. LISTA todos los demás estudiantes INGRESOS BRUTOS antes de impuestos y de deducción. En el cuadro "FREC" introduzca la frecuencia con la renta, es recibido (W=B= semanal, quincenal, T=2 veces al mes, M=Mensual)

F Marque la casilla si los estudiantes de acogida

2 AMBULANTE/ SIN HOGAR, EMIGRANTE, DESAPARECIDO

Si el niño para quien usted está llenando la aplicación es ambulante/sin hogar (H), emigrante (M) o desaparecido (R), coloque una X en la caja apropiada y llame al **Dr. Karen Barber at 850.983.5001**

H M R

Nombre (legal)	IM	Apellidó	La fecha de Nacimiento M M D D A A	Ingreso Estudiantil (si existe)	Freq	No Ingresos
				$.		
				$.		
				$.		
				$.		
				$.		
				$.		

Santa Rosa County School District

"A Tradition of Excellence"

3 SNAP/TANF BENEFICIOS

Si algún miembro de su familia recibe Cupones de Alimentos o asistencia de TANF, por favor, introduzca el nombre y número de caso de uno de los miembros. Pasar la parte 4 y 7.

4 MIEMBROS DEL HOGAR.

Incluya todos los demás familiares membersand sus ingresos. LISTA TOTAL DE INGRESOS BRUTOS antes de impuestos y deducciones, y en "Frecuencia" caja de texto, ¿Cómo se recibe esa cantidad (W = semanal, B = Bi-Semanal, T = Tiwce un mes, M = Mensual).

Nombre de la persona que recibe beneficios

Cupones de Alimentos o TANF #

Imprima el nombre y apellido legal de otros adultos y niños, incluyendo sufijos (Jr., Sr) si es aplicable.	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Freq	Pagos de bienestar, sustento de niños/pensión de divorcio	Freq	Pago de pensiones, Retiro/Seguro Social	Freq	Ingresos temporarios	Freq	No Ingresos
	$		$		$		$		
	$		$		$		$		
	$		$		$		$		
	$		$		$		$		
	$		$		$		$		
	$		$		$		$		

5 INDIQUE EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE RESIDEN EN SU HOGAR

6 FECHA DE LA FIRMA

CERTIFICACIÓN: Certifico que toda la información como consta más arriba es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que esta información se da en conexión con el recibo de fondos Federales, que oficiales escolares pueden verificar la información en la aplicación en cualquier momento y que tergiversación intencional de la información puede resultar en mi persecución bajo las leyes estatales y federales aplicables.

7

El adulto que completó esta aplicación debe firmar e incluir su Número de Seguro Social (SSN). Un SSN NO se requiere en aplicaciones con Cupones de Alimento, TANF, FDPIR, ni Niños Acogidos. Si usted NO tiene un SSN, coloque una X en la cajita.

SE REQUIERE FIRMA DEL ADULTO X

NOMBRE

APELLIDÓ

M M D D A A

Número del Seguro Social del ADULTO X X X - X X -

X aquí si NO tiene un SSN

Dirección postal

Apt #

Ciudad

Estado

Código postal

( ) -

Teléfono de contacto durante el día

8 Raza (Opcional)

Indio Americano Nativo de Alaska | Asiático | Negro o Afroamericano | Blanco | Nativo Hawaiano u Otro Isleño Pacífico

Identidad étnica (Opcional) De Origen Hispano | No de Origen Hispano

S

9

Sí, los funcionarios de la Escuela puede dar información de este formulario para Medicaid o Estado de Seguros Médicos para Niños (SCHIP programa los funcionarios que pueden usar la información para determinar la elegibilidad de los niños para el seguro de salud bajo el programa Medicaid y SCHIP y puede contactar conmigo para obtener más información. Esta información puede ser compartida con los administradores de las escuelas Cayen y Sistemas de Información (Título 1 programas). Yo entiendo que me dará a conocer información que demuestre que solicité precio libre y reducir las comidas para mis hijos y dejar mi derecho a la confidencialidad para este propósito solamente. Certifico que yo soy el padre/tutor de los niños a los que la aplicación se está realizando.

SE REQUIERE FIRMA DEL ADULTO X

M M D D Y Y