

2020-21 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y Precios Reducidos Del Condado New Hanover 1802 South 15th Street, Wilmington, NC 28401 / (910) 254-4299
(Llene una aplicación por hogar. Por favor utilice un bolígrafo.)

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del Hogar

- 1) ANOTE los nombres de **TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES** que formen parte del hogar que cursen hasta el 12º grado.
- 2) CIRCULE "S" para ESTUDIANTE u "O" para Otros niños que no sean estudiantes, para indicar el rol del niño en el hogar.

Si aplica, para cada **ESTUDIANTE** del hogar, por favor **INDIQUE el Nombre de la Escuela** en dónde se encuentra el estudiante cursando actualmente y el **Grado** indicado.

Si aplica, por favor CIRCULE si el ESTUDIANTE es:
H = Sin Hogar
M = Migrante
R = Abandono Hogar
F = Desplazado

NOTA: Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección **"Fuentes de Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES"** en la página 1 de este folleto

B. Programas de Asistencia

¿Algún miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: FNS, Work First Cash Assistance/TANF or FDIPIR?

NO Sí

Si selecciona "Sí" por favor indique un número de caso (solo uno)

NÚMERO DE CASO:

Entonces **SALTE** a la **SECCIÓN E**

Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una: S O	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una: H M R F	Ingreso Bruto	CIRCULE la Frecuencia	Ingreso Bruto	CIRCULE la Frecuencia
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
							\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes		Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes

C. ADULTOS Miembros del Hogar

ANOTE A **TODOS** los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.

1) Para cada ADULTO miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) **ESCRIBA TODOS** los tipos y montos de ingreso. Por favor **ESCRIBA** un "0" para indicar que NO RECIBE INGRESOS cuando aplique. Si una casilla de ingresos se deja en blanco, asumiremos que usted certifica que no recibe ingresos a reportar.
2) **UTILICE solamente cantidades enteras en dólares** (sin centavos) (ej. \$1000). **NOTA:** Si requiere mas información acerca de los tipos de ingresos, por favor revise la sección **"Fuentes de Ingreso para ADULTOS"** en la página 2 o al reverso de esta aplicación.

Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)	GROSS Income Earnings from WORK	CIRCULE la Frecuencia	Asistencia Pública/Retribución del ex esposo(a)/Sustento a menores	CIRCULE la Frecuencia	Pensiones/Jubilación/ Otro tipo de ingresos	CIRCULE la Frecuencia
		\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
		\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
		\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes
		\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes	\$	Semanal Cada dos semanas / Mensual Dos veces al mes

D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)

ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ

ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN AQUÍ (Jefe de Familia o Proveedor Principal del Hogar SOLAMENTE)

NO tengo Número de Seguro Social

F. Identidad Étnica y Racial del (de los) niño(s) (Opcional)

- SELECCIONE una etnia:**
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
- SELECCIONE una o más (independientemente de la etnia):**
 Indio Americano o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
 Blanco

E. Atestación: Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación.

"Certifico (prometo) que toda la información registrada en esta aplicación es verídica 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."

Firma del Jefe de Familia:	Fecha:	Email:	Dirección:
Nombre impreso:	Número de Contacto:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

FOR OFFICE USE ONLY	Total Household Members:		Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied	Determining Official's Signature & Date:			
	Total Household Income:			Confirming Official's Signature & Date:			
	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Bi-Monthly <input type="checkbox"/> Annually			Verifying Official's Signature & Date:			