

**SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE NIÑOS** Todas las Familias Completen Esta Sección. Anote el ingreso bruto (ganado) personal de todos los niños, por cantidad, y qué tan seguido es recibido al colocar un círculo alrededor de los Códigos de Ingresos correctos: S=Semanal, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. **Identidades Raciales y Étnicas (opcional) 1. Encierre en un círculo una Identidad Étnica: N=No Hispano/Latino o H=Hispano/Latino 2. Encierre en un círculo una o más identidades raciales: (Independientemente de la etnia) A=Asiático, B=Blanco, N=Negro o Afroamericano, I=Indígena Americano o Nativo Alaska, P=Nativo Hawaiano u otro Isleño Pacífico**

APELLIDO, NOMBRE	ESCUELA (Escriba "NINGUNA" si no está en la escuela)	AÑO EN LA ESCUELA	Fecha de Nacimiento (Opcional)	Identidades Raciales y Étnicas: (Opcional)		MARQUE "X" si Niño Acogido	Marque "X" si No Hay Ingreso	Ingreso Ganado Personal del Niño	Fuente del Ingreso ¿(Trabajo)?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? (Encierre)	ANOTE el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	ANOTE el Número de Caso del Beneficio
				Encierre en un círculo Una Identidad Étnica	Encierre en un círculo una o más Identidades Raciales							
①				N o H	A B N I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
②				N o H	A B N I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
③				N o H	A B N I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
④				N o H	A B N I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		S C D M A		
⑤				N o H	A B N I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		S C D M A		

Si el niño por quien solicita Carece de Hogar, Migrante, o Fugitivo, contacte la escuela y ENCIERRE en un círculo letra apropiada: C M F

Familias presentando una solicitud con un Número de Caso del Beneficio para CalFresh/CalWORKs para CADA niño o un miembro Adulto de la familia, por favor brinquense a la Sección C y complete.

Un Niño Acogido está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o del tribunal.

**SECCIÓN B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE FAMILIA:** Anote el Ingreso Bruto Bajo Cada Tipo de Ingreso Cada Miembro de la Familia Recibe y "Qué Tan Seguido" se Recibe el Ingreso al usar los siguientes Códigos de Ingreso: S=Semanal, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. Si No Hay Ingreso, Usted TIENE QUE Marcar la "caja Sin Ingreso". NO la Deje en Blanco.

Nombre y Apellido Completo del Adulto (No repita nombres de la Sección A)	MARQUE "X" Si No Hay Ingreso	Ganancias Brutas del Trabajo Antes de Deducciones, Incluya Todos los Trabajos	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Indique Pago de Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Beneficios VA	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Beneficios de Asistencia Social, Manutención de Niños, Pagos de Pensión Alimenticia	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Cualquier Otro Ingreso Incluyendo Ingreso Temporal	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Anote el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	Anote el Número de Caso del Beneficio
Richard, Larath	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 199.98	S	\$ 141.65	Pensión	A	\$ 99.99	Manutención de Niños	M	\$ 550.00	Ingreso por Rentas	M		
①	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
②	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
③	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
④	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
⑤	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				

**SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIONES, Y FIRMA:**

Este formulario puede ser entregado a cualquier hora del día escolar.

Yo certifico (prometo) que toda información antedicha es verídica y correcta y que todo ingreso es reportado. Tengo entendido que esta información se da en conexión con el recibir fondos estatales y los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud a cualquier hora, y que falsedad intencionada de la información me puede sujetar a enjuiciamiento bajo las leyes aplicables Estatales y federales.

Nombre y apellido escrito en letra de molde del miembro adulto de la familia completando este formulario

Firma del miembro adulto de la familia completando este formulario

Fecha

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (NSS)

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No tengo NSS

Domicilio de Calle, # Apt., etc. Ciudad Estado Zona Postal Núm. Tel. de Casa Núm. Tel. Celular Domicilio Electrónico

NO Escriba Abajo de Esta Línea - Sólo Para Uso Escolar:

Estado de Solicitud: No. de personas en fam.: \_\_\_\_\_ Ingreso anual de la fam.: \$ \_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Determinando y Fecha

Aprobada basado en:

Ingreso

Factores de Conversión del Ingreso Anual: Semanal X 52, Cada 2 semanas X 26, Dos veces al mes X 24, Mensualmente X 12

\_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Confirmando y Fecha

Negada basado en:

Ingreso muy elevado

Incompleta

\_\_\_\_\_

Firma del Funcionario Verificando y Fecha