

SISTEMA DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
 Aplicación para Alimentación Gratuita o/a Precio Reducido 2017-2018 (uso familiar)
Completar una aplicación por hogar. Utilice un bolígrafo (no lápiz).

Paso 1 Liste a todos los miembros del hogar que sean infantes, niños y estudiantes, hasta e incluyendo el grado 12 (si necesita más espacios adjunte una hoja de papel)

Número de Identificación de la Persona	Liste a TODOS LOS NIÑOS en el hogar (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Fecha De Nacimiento M/D/A (opcional)	Grado	Código de la Escuela (vea reverso)	¿Estudiante?		Niños en cuidado tutelar y los niños quienes reñen la definición de desamparados, migrantes o Fugitivos son elegibles para alimentación gratuita. Para más información, lea cómo aplicar para alimentación gratuita o a precio reducido. Marque todas las que aplican			
					Si	No	Cuidado Tutelar	Personas sin hogar	Migrantes	Fugitivo

Paso 2 ¿Ay algún miembro (incluyendo a usted) en su casa que actualmente recibe ayuda en uno o más programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR? Encierre uno: Si / No

Si respondió **NO** > Complete PASO 3. Si respondió **SI** > Escriba el número de caso a continuación, y vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

NÚMERO DE CASO _____ (Escribir un único número de caso en este espacio)

Paso 3 Reporte de Ingreso Económico de **TODOS** los miembros del hogar (omite este paso si usted contestó "SI" al PASO 2)

Nombre de Los Miembros Adultos del Hogar (Nombre y Apellido)	Ingresos del trabajo	Ingresos de su hijo/a				Asistencia Pública / Manutención de Menores / Pensión Alimenticia	Ingresos de otro miembro adulto del hogar						
		Semanal	Quincenal	2x Mes	Mensual		Semanal	Quincenal	2x 1/1n Mes	Mensual			

Número Total de Miembros del hogar (Niños y Adultos) _____ ¿Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (SSN) de Proveedor Principal u Otro Miembro Adulto del Hogar X X X X - X X - _____ Marque si no tiene NSS []

Paso 4 Información de contacto y firma del adulto: "Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que la información que he suministrado en relación con el recibo de fondos Federales, y que funcionarios de la escuela podrán verificar (chequear) la información. Estoy consciente de que si intencionalmente doy información falsa, mis hijos podrán perder los beneficios de Alimentación y que yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables."

Dirección (si está disponible) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono y Correo Electrónico (opcional) _____

Escriba el nombre del adulto que completa la aplicación _____ Firma del adulto que completa la aplicación _____ Fecha de hoy _____