



Formularios de información de ingresos familiares



PARTE 7: identidades raciales y étnicas de los niños (opcional)

MARQUE UNA:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

MARQUE UNA O MÁS:

- Asiático Negro O Afroamericano Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacifico
- Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska

Instrucciones para llenar la solicitud

SI SU HOGAR RECIBE BENEFICIOS DE SNAP/TANF, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Sección 2: Escriba el número de caso del DHS (SNAP o TANF) correspondiente a cada persona que recibe SNAP/TANF. No escriba el número de la tarjeta médica.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTÁ APLICANDO DE PARTE DE UN NIÑO(A) SIN HOGAR, EMIGRANTE, FUGITIVO(A) O NIÑO EN EL PROGRAMA HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos).

Avance a Sección 3: Marque el cuadrado que corresponda y obtenga la fecha y firma del coordinador escolar de alumnos sin hogar, emigrantes o fugitivos.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SI USTED ESTA APLICANDO DE PARTE DE UN HIJO DE CRIANZA, SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

Si todos los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Si algunos, pero no todos, los niños en el hogar son hijos de crianza:

Sección 1: Escriba el nombre, fecha de nacimiento y marque el cuadrado "Hijo de Crianza" al lado del nombre de su(s) hijo/a(s) de crianza.

Skip to Part 4: Avance a Sección 4: Siga las instrucciones bajo TODOS LOS DEMÁS HOGARES (Sección 4) más abajo.

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de All Kids (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

TODOS LOS DEMÁS HOGARES, SIGAN ÉSTAS:

Sección 1: Escriba el nombre de cada persona en su hogar y fecha de nacimiento (de alumnos). (Adjunte otra solicitud, si es necesario.)

Avance a Sección 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total de su hogar:

Columna 1 Nombre:

Escriba nombre y apellido de cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos, sea pariente o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos. Si es necesario, puede adjuntar una hoja adicional.).

Columnas 2 & 3 Ingreso Bruto y cada cuánto es recibido:

El Ingreso Bruto es la cantidad ganada antes de restar impuestos y otras deducciones. Esa suma se encuentra generalmente en el talón del cheque de pago. No es lo mismo que el dinero que se lleva a la casa. Escriba la cantidad que cada persona recibe de estas fuentes de ingreso. No incluyan los centavos. **Todas** las fuentes de ingreso deben ser anotadas en esta solicitud. Al lado de la cantidad, marque el cuadrado que indica la frecuencia con que la persona recibe el ingreso (semanalmente, cada dos semanas, dos veces por mes, mensualmente o anualmente).

Avance a Sección 5: Si le interesa compartir la información en esta solicitud con agencias de Medicaid (de seguro médico) o de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos), marque el cuadrado y firme.

Sección 6: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud.

Sección 7: Marque los cuadrillos que corresponda a su identidad racial y étnica.

SCHOOL USE ONLY

Initial Determination: ELIGIBLE (Free or Reduced) INELIGIBLE (Denied, N/A or ?)

CONFIRMATION (Only for those applications selected for verification)

Signature of Confirming Official (Required)

Date