

(Llene una aplicación por hogar. Por favor utilice un bolígrafo.)

2016-17 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y A Precios Reducidos Del Condado Onslow

200 Broadhurst Rd / PO Box 99, Jacksonville, NC 28541 or 910-478-3480

PUEDA COMPLETAR LA APLICACIÓN EN INTERNET www.lunchapplication.com SÓLO SE NECESITA UNO POR FAMILIA

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del 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	
<p>1) ANOTE los nombres de TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES que formen parte del hogar que cursen hasta el 12º grado.</p> <p>2) CIRCULE "S" para ESTUDIANTE u "O" para Otros niños que no sean estudiantes, para indicar el rol del niño en el hogar.</p>												<p>¿Algún miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF ó FDPiR?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si selecciona "Sí" por favor indique un número de caso (solo uno)</p> <p>NÚMERO DE CASO:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>Entonces SALTE a la SECCIÓN E</p>	
Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una:	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una:	Ingreso de NIÑOS/ESTUDIANTES Ingresos de Trabajo		Fuentes de CUALQUIER OTRO Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	Ingreso	CIRCULE la Frecuencia	Ingreso	CIRCULE la Frecuencia			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	S O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	H M R F	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES			

C. ADULTOS Miembros del Hogar				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.									
<p>ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.</p>				Ingresos del Trabajo		Asistencia Pública /Retribución del ex esposo(a)/Sustento a menores		Pensiones/Jubilación/ Otro tipo de ingresos				D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)	
Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)	Primer Nombre (Otros adultos)	Nombre Apellido (Otros adultos)	Ingresos del Trabajo	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				ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES				<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES				<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES				<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	\$ <input type="text"/>	SEMANTAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES				<input type="text"/>

E. Atestación:			
<p>Un adulto Miembro del hogar debe firmar la aplicación.</p> <p><i>"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."</i></p>			
Firma del Jefe de Familia:	Fecha:	Email:	Dirección:
Nombre impreso:		Número de Contacto:	Ciudad: Estado: Código Postal:

FOR OFFICE USE ONLY	Total Household Members:	<input type="text"/>	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:	<input type="text"/>		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:			
Reason for Denial of Eligibility:							