

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

**2017-18 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y A Precios Reducidos Del Condado Onslow**

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

PUEDEN COMPLETAR LA APLICACIÓN EN INTERNET [www.lunchapplication.com](http://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 2 de este folleto				B. Programas de Asistencia	
1) ANOTE los nombres de <b>TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES</b> 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												Por favor circule el programa que usted recibe: <b>TANF</b> <b>SNAP</b> <b>FDPIR</b> <b>OTROS</b>  NÚMERO DE CASO: (NO EBT #) <input type="text"/>  (Por número de caso que pueden llamar al 1-866-719-0141)	
Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una: S O	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una: H M R F		Ingreso de NIÑOS/ESTUDIANTES Ingresos de Trabajo		Fuentes de CUALQUIER OTRO Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. ADULTOS Miembros del Hogar				D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)			
ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.				ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ <input type="text"/>			
ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.				ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN AQUÍ (Jefe de Familia o Proveedor Principal del Hogar SOLAMENTE) <input type="text"/>			
ANOTE A TODOS los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.				<input type="checkbox"/> NO tengo Número de Seguro Social			
Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>

**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:	<input type="text"/>	Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied  Reason for Denial of Eligibility:	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:			