

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. **Identities 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 del Niño	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? (Encierre)	ANOTE el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDIPIR	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 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, FDIPIR	Anote el Número de Caso del Beneficio
	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
①	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
②	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
③	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
④	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
⑤	<input checked="" 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 verdadera y correcta y que todo ingreso es reportado. Tengo entiendo 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: X _____ Firma del miembro adulto de la familia completando este formulario: X _____ Fecha: _____

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

Negada basado en:
 Ingreso muy elevado
 Incompleta

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: _____
 Firma del Funcionario Verificando y Fecha: _____