2020-2021 Aplicación Para Alimentos Gratuitos Y A Precios Reducidos Del Condado Stokes

4611 NC Hwy 8 North, Lawsonville, NC 27022 / (336) 593-1100 (Llene una aplicación por hogar. Por favor utilice un bolígrafo.)

PUEDE COMPLETAR LA APLICACIÓN EN INTERNET
www.lunchapplication.com
LunchApplication
A LINQ SOLUTION

A. NIÑOS y ESTUDIANTES Miembros del Hogar

1) *ANOTE* los nombres de *TODOS LOS MENORES, NIÑOS Y ESTUDIANTES* 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, para indicar el rol del niño en el 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

Primer Nombre	MI	Nombre Apellido	Circule Una:	Nombre de la Escuela	Grado	Circule Una:	Ingreso de NIÑOS/ESTUDIANTES Ingresos de Trabajo — Ingreso Bruto (*ANOTE* el monto del ingreso bruto (antes de deducciones) *en número entero de dólares. ($000)*)	*CIRCULE la Frecuencia*	Fuentes de CUALQUIER OTRO Ingreso para NIÑOS/ESTUDIANTES — Ingreso	*CIRCULE la Frecuencia*
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
			S O			H M R F	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES

B. Programas de Asistencia

¿Algún miembro del hogar (incluyéndose a sí mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF ó FDPIR?

☐ **NO** ☐ **Sí**

Si selecciona "SÍ" por favor indique un número de caso (solo uno)

NÚMERO DE CASO:

Entonces SALTE a la SECCIÓN E

C. ADULTOS Miembros del Hogar

***ANOTE A TODOS* los miembros del hogar (NOMBRE y APELLIDO) aunque no reciban ingresos.**

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.**

Primer Nombre (Jefe de Familia)	Nombre Apellido (Jefe de Familia)	Ingresos Bruto 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
Primer Nombre (Otros adultos)	Nombre Apellido (Otros adultos)	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
		$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
		$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
		$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES
		$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES	$	SEMANAL MENSUAL CADA DOS SEMANAS DOS VECES AL MES

D. Total por Hogar y Número de Seguro Social (SSN)

ANOTE el Número Total de Miembros del Hogar (Niños y Adultos) AQUÍ →

ESCRIBA LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL SSN AQUÍ (Jefe de Familia o Proveedor Principal del Hogar SOLAMENTE) →

☐ NO tengo Número de Seguro Social

F. Identidad Étnica y Racial del (de los) niño(s) (Opcional)

SELECCIONE una etnia:
❒ Hispano o Latino
❒ No Hispano o Latino

SELECCIONE una o más (independientemente de la etnia):
❒ Indio Americano o Nativo de Alaska
❒ Asiático
❒ Negro o Afro Americano
❒ Nativo de Hawái o de Otra Isla del Pacífico
❒ Blanco

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:	
Total Household Income:	

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly ☐ Bi-Monthly ☐ Annually

Eligibility Determination: ☐ Categorical Eligibility ☐ Free ☐ Reduced ☐ Denied

Reason for Denial of Eligibility:

Determining Official's Signature & Date:

Confirming Official's Signature & Date:

Verifying Official's Signature & Date: