

# Escuelas de Winston-Salem/Forsyth County 2011-2012 Solicitud familiar

USE SOLO TINTA NEGRA. Escriba Claro. Complete la solicitud y firme.

**1 ESTUDIANTES QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE Winston-Salem/Forsyth County. LLENE UNA SOLICITUD POR FAMILIA Y UNA POR CADA NIÑO EN ACOGIDA.**

ID# del Estudiante Pregunte al Estudiante	Escriba el nombre y el apellido de TODOS los estudiantes que asisten a las Escuelas de Winston-Salem/Forsyth County		Fecha de Nacimiento	NIÑO EN ACOGIDA: Marque si el niño es considerado como responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o de la corte. Nota: Si todos los niños enlistados son niños en acogida, salte a la parte 5.	2011-2012 GRADO	Clave de la Escuela Vea en la parte de atrás
	Primer Nombre	Apellido	M M D D A A			

**2** Subsidios: Si cualquier miembro de su hogar recibe Food and Nutrition Services (FDC- antes llamado el programa de Food Stamps), FDIPIR o TANF/Work First, escriba junto el nombre de la persona que recibe los beneficios y vaya a la parte 5. Si nadie recibe estos beneficios, siga a la parte 3.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

**3** Niños Indigentes, Inmigrantes o que han huido de su casa. Si necesita más asistencia para inmigrantes, contacte a la Sra. Ana Ortiz (Coordinadora Bilingüe) al (336) 748 0000 ext. 5111. Para más ayuda a los indigentes y los que han huido, llame a PROJECT HOPE al 771-4732.

Para Inmigrantes Sin Hogar Refugiados

**4** LISTA DE TODOS EN EL HOGAR

Columna 1	Columna 2	Columna 3
INGRESO TOTAL (ANTES DE DEDUCCIONES)	INGRESO TOTAL (DESPUÉS DE DEDUCCIONES)	INGRESO TOTAL (DE OTROS INGRESOS)
Ejemplo: \$100.00 por semana	Ejemplo: \$100.00 por semana	Ejemplo: \$100.00 por semana

Escriba el primer nombre y el apellido de TODAS las personas en su hogar incluyendo los estudiantes enlistados arriba.	Marque la casilla si no tiene ingreso	Ingresos del trabajo antes de las deducciones: Trabajo	Ingresos de Beneficiencia, manutención, ayuda para niños	Pensión, Pensiones, Jubilación/Seguridad Social	Trabajo 2 o Cualquiera otro Ingreso
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA

Firme y escriba los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguridad Social (SSN). (Adulto tiene que firmar)

**5** Número de Seguridad Social (SSN) X X X - X X -     No tengo Número de Seguridad Social

Un adulto miembro de la casa debe firmar la solicitud. Si llena la parte 4, el adulto que firma debe escribir su Número de Seguridad Social o marcar "NO tengo número de Seguridad Social". (Vea la Declaración del Acta de Privacidad atrás.)  
 Certifico (juro) que la información en esta solicitud es verdadera y que todo el ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela obtendrá fondos federales de acuerdo a dicha información y que las autoridades escolares pueden verificarla en cualquier momento. Si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser mandado a la corte.

FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE DE LA CASA

ESCRIBA SU NOMBRE

Fecha de Hoy

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de día \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Confidencialidad: Las autoridades de la escuela usan la información de la solicitud para determinar la elegibilidad al programa de comidas o a los programas de asistencia de educación y salud federales o estatales. Usted puede negarse a proporcionar información o puede dar permiso para que la escuela de su hijo(a) dé información a las agencias del gobierno que proveen servicios para niños.

MEDICAID/SCHIP: [Padre o encargado por favor firme en el espacio apropiado] Do y permito \_\_\_\_\_ No doy permiso \_\_\_\_\_

**6** Las identidades étnicas y raciales de niños (opcional)

Escoja una etnia:

Hispánico/Latino  White  Asian  American Indian or Alaskan Native  Black or African-American  Native Hawaiian or Other Pacific Islander  Not Hispánico/Latino

Regrese esta forma a cualquier Gerente de Cafetería en la escuela, envíela o tráigala a la Oficina de Child Nutrition, 2266 Marble St., Winston-Salem, NC 27107

**USE SOLO TINTA NEGRA**