

Escuelas Públicas de Indianápolis

FORMULARIO PARA BENEFICIOS EDUCATIVOS 2016-2017

Por favor lea la información adjunta con las instrucciones de cómo aplicar. Use una aplicación por casa Niño . Escriba con tinta negra y escriba legiblemente. Firme y devuelva la solicitud completa a la persona encargada de la cafetería en su escuela o mándela por correo al IPS Foodservice Department, 4125 Producers Dr., Indpls., In 46218. Si necesita ayuda, favor de llamar 226-4951

CORP. NO. 5385
Forma Escolar No. 521
Aprobado por el Consejo Estatal de Cuentas

1 ESCRIBA TODOS LOS ESTUDIANTES ASISTIENDO A LAS ESCUELAS PUBLICAS DE INDIANAPOLIS

Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Escuela de IPS	Marque si es un Niño en Acogida	Marque si es un migrante, personal sin hogar o si sus padres han escapado de casa	# de Caso de TANF o SNAP (Estampillas) de Comida (Si recibe los dos beneficios, escriba el # de Caso de TANF)	Ingreso bruto del estudiante (en dólares enteros)	la frecuencia?
M	D	A	A				\$	Mensuales Quincenal Semanales Bimensual

4 Si un miembro en la casa (adulto o persona que no sea un estudiante) tiene un número de caso de SNAP (Estampillas) o TANF, favor de poner la información aquí y proceder a las Partes 6. (Nombre) (Caso #)

5 REPORTE INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS QUE TRABAJAN EN EL HOGAR

Escriba el TOTAL de ingresos brutos (antes de deducciones) en dólares enteros.

Escriba el primer nombre y apellido de todos los adultos e hijos no escritos arriba	Ingresos de Trabajo [TODOS LOS TRABAJOS] (Antes de las Deducciones)	la frecuencia?	Mantenimiento, Pensión Alimenticia	la frecuencia?	Pensiones / Retiros / Seguro Social / Todos los Otros Ingresos	la frecuencia?
	\$	Mensuales Quincenal Semanales Bimensual	\$	Mensuales Quincenal Semanales Bimensual	\$	Mensuales Quincenal Semanales Bimensual

6 ESCRIBA AQUÍ EL NÚMERO TOTAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. No tengo número de Seguro Social. # de Seguro Social del Miembro Adulto del Hogar. FIRMAR: Un Padre/guardián deberá firmar la aplicación. Si la parte 5 se completa, debe anotar los cuatro últimos dígitos de su Seguro Social o marcar la casilla de "No número de Seguro Social". (Vea el acta de Privacidad en la página 2 de la carta a los padres). Certifique que toda la información en esta aplicación es verdadera y que se han reportado todos los ingresos. La aplicación puede ser objeto a una auditoría por el Estado de Indiana para verificar la elegibilidad del estudiante para la asistencia de los libros de texto. La información de la aplicación puede ser compartida con el departamento para Familia e Indiana y la Administración de Servicios Sociales de conformidad con IC 20-33-5-2 and IC 12-14-28-2 únicamente para efectos de cumplir con 45 C.F.R. PARTES 260 Y 265 y con el propósito de identificar a los niños que pueden calificar para el seguro de salud gratis o de bajo costo a través de Medicaid o del programa de Salud de Indianápolis (Hoosier Healthwise). Certifique que soy el padre/guardián del niño(s) quien ha llenado la información y autorizado la información con los propósitos señalados en la solicitud. Renuncio a mi derecho de confidencialidad solo para estos fines.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LOS ESPACIOS DE ARRIBA

Dirección de Casa / # de Apartamento

de Teléfono Durante el Día

de Teléfono de Casa

de Teléfono de Casa

Ciudad

Código Postal

FIRMA del padre/madre/custodio

Fecha de Hoy