

Clarksville Community School Corporation 1000
Solicitud del hogar para asistencia material curricular y otra asistencia 2018-2019
 Complete una solicitud por hogar. Complete la solicitud en tinta (no en lápiz).

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
 Formulario escolar núm. 521/2018

PASO 1 Enumere a **TODOS** los miembros del hogar que sean recién nacidos, niños y estudiantes hasta grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte una hoja de papel)

Definición de hogar
Miembro: "Toda persona que vive con usted y comparte sus gastos e ingresos, aunque no exista relación de parentesco".
 Niños bajo **custodia tutelar** y niños comprendidos en la definición de **sin hogar, sin residencia fija o fugitivo** son elegibles para acceder a las comidas gratuitas. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido** para más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante?		Sólo para estudiantes: Nombre de la escuela	Sólo para estudiantes: Fecha de nacimiento		Sólo para estudiantes: Grado	¿Vive con los padres o un familiar responsable de su cuidado?		Niño bajo custodia tutelar	Sin hogar, sin residencia fija, fugitivo
			Sí	No		Si	No					
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PASO 2 ¿Participa algún miembro del hogar (incluso) actualmente en uno o más de los siguientes programas asistenciales: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)?

No > vaya la PASO 3 **SÍ** > Ingrese el número de caso y proceda con el PASO 4 (no número de tarjeta de EBT) (No complete el PASO 3) **Número de caso:** / / / / / / / / / / / / / / / /
 Ingrese un único núm. de caso en este espacio. (no número de tarjeta de EBT)

PASO 3 Indique los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta fue 'Sí' en el PASO 2)

Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido** para más información.
 La sección **Fuentes de ingresos de los niños** lo ayudará a responder la pregunta sobre **Ingresos de los niños**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** lo ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

A. Ingresos del niño

Algunas veces, los niños pueden obtener ingresos. Incluya el **TOTAL** de ingresos percibidos por todos los niños del hogar enumerados en el PASO 1 del presente documento.

Ingresos del niño

¿Con qué frecuencia?	Semanal	Cada 2 sem.	2 x mes	Mensual
\$				

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluso usted)

Enumere a todos los miembros del hogar no enumerados en el PASO 1 (incluso usted) **aunque no reciban ingresos**. Para cada miembro del hogar enumerado, si no recibe ingresos, indique el ingreso total (bruto) antes de cualquier impuesto o deducción de cada fuente en números enteros (sin centavos) expresados en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ingrese '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingreso alguno que informar.

Nombres y apellidos de los miembros adultos del hogar	Ganancias del trabajo	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/ Manutención infantil /Pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/ Jubilación/ Otros ingresos	¿Con qué frecuencia?						
		Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Mensual		Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Mensual		Semanal	Cada 2 sem	2 x mes	Mensual			
1	\$					\$					\$							
2	\$					\$					\$							
3	\$					\$					\$							
4	\$					\$					\$							
5	\$					\$					\$							
Total de miembros del hogar (Niños y adultos)																		

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (NSS) del miembro que recibe el salario principal u otro miembro adulto del hogar: X X X X

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a : **800 Dr. Dot Lewis Drive Clarksville, IN 47129** **Voltee la página si desea solicitar ayuda para comprar libros de texto.**

"Certifico (prometo) que toda la información sobre esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente doy información falsa, mis hijos pueden perder beneficios de materiales curriculares, y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. "

Nombre del adulto que completa el formulario (en letra de imprenta)		Firma del adulto que completa el formulario		Fecha de hoy	
Dirección (si está disponible)	Núm. de dpto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono diurno y dirección de correo electrónico (opcional)

PASO 5

¿desea recibir asistencia material curricular (beneficios de libros de texto)?.

<p>¿Desea recibir ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Si la respuesta es Sí, firmo a la derecha →</p>	<p>Certifico que soy el padre/guardián del niño (s) para quien se está haciendo la solicitud. Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información sobre esta solicitud de asistencia para materiales curriculares. Yo renunciar a mi derecho de confidencialidad para este propósito solamente. Esta información de la aplicación será compartida con la administración de la familia y servicios sociales de Indiana de acuerdo con I.C. 20-33-5-2 y I.C. 12-14-28-2, únicamente con el propósito de cumplir con 45 C.F.R. partes 260 y 265.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 25px;"></div> </div> <p style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Firma del adulto que completa el formulario Fecha de hoy </p>	<p>Para uso exclusivo de la escuela:</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado</p> <p><input type="checkbox"/> Denegado</p> <p><input type="checkbox"/> No Aplica</p>
<p>La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de Medicaid o Hoosier Healthwise. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certifico que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 25px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30%; height: 25px;"></div> </div> <p style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: x-small;"> Firma del adulto que completa el Fecha de hoy </p>		
<p>Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.</p>		

OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

Origen étnico (seleccione una opción):

- Hispano o latino
- No hispano ni latino

Raza (seleccione una o más opciones):

- Indígena de EE. UU. o Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanca

La información contenida en la solicitud se usará para determinar la elegibilidad para la asistencia de materiales curriculares bajo el código 20-33 de Indiana. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para la asistencia de materiales curriculares. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro de la familia adulta que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son requeridos cuando usted se aplica en nombre de un niño adoptivo o usted lista un programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa o programa de distribución de alimentos en India Reservas (FDIR) el número de caso u otro FDIR identificar para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto de la casa que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo (a) es elegible para el estado del programa de materiales curriculares. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas, y oficiales de la ley para ayudarlos a investigar las violaciones del programa Reglas. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA están prohibidos de discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, incapacidad, edad, o represalia o represalia por la actividad de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA				
INCOME CONVERSION to YEARLY:				
WEEKLY X 52	EVERY 2 WEEKS X 26	TWICE A MONTH X 24	MONTHLY X 12	
ELIGIBILITY DETERMINATION				
Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income:\$ _____ per: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Yearly				
OR Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/> Food Stamps/TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Runaway <input type="checkbox"/> Foster				
Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Approved Reduced price <input type="checkbox"/> Denied				
Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other _____				
Signature of Determining Official: _____			Date: _____	
			Date Withdrawn: _____	
VERIFICATION				
Confirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: <input type="checkbox"/> Food Stamps / TANF Case Number	Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in Food Stamps /TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____
Date Response Due from Households: _____	<input type="checkbox"/> Household Size and Income			Date Change Made: _____
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	<input type="checkbox"/> Other _____			
Request for Appeal Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____		Verifying Official's Signature: _____ Date: _____		