

Clarksville Community School Corp	1000
-----------------------------------	------

Corporación de la escuela

Num. de Corporacion

**SOLICITUD DE ASISTENCIA MATERIAL CURRICULAR Y OTRA ASISTENCIA**

Efectivo el 1ro de Julio del 2019 \_\_ -Una aplicación por **Hogar**

Parte 1 Nombres de <b>todos</b> los miembros del hogar (Primer nombre, Inicial del Segundo nombre, Apellido)	¿Viviendo con padres, cuidador o familiar?	Solo para estudiantes: Nombre del edificio escolar de cada niño.	¿Estudiante? Si o No	Solo para estudiantes: Grado	Solo para estudiantes: Fecha de Nacimiento	Marcar si es niño Foster	Marque si es migrante, sin hogar, se escapó de casa	Marcar si no tiene ingreso
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___		Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si TODOS los niños listados arriba son Foster, omite aparte 5 y firme.								

**Parte 2.** el nombre de la persona que reciba estos beneficios, marque la casilla que indique el programa de beneficio, y entre el número de caso, omitir a paso 5. Si nadie recibe ninguno de estos beneficios omitir aparte 3.

**e 2.** \_\_\_\_\_ Si algún miembro del hogar (estudiante, adulto, o no-estudiante) tiene Estampillas de

Comida (SNAP) o número de caso TANF, Favor de proveer **Estampilla de Comida**  **TANF**  **Núm. Caso:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Parte 3.** Si algún niño es migrante, sin hogar, o se escapó del hogar, marque la caja apropiada y llamar Scott Gardner a 812-280-5015; ESL traductora Stephanie Anderson a 812-282-1447

<b>Parte 4.</b>	<p><b>Sección 2</b></p> <p>Número total de ingresos brutos en el hogar (antes de las deducciones). Lista de todos los ingresos en la misma línea que la persona recibe. Marque la casilla para determinar la frecuencia con la que es recibido. Registre cada ingreso solo una vez. <b>Los ingresos brutos y la frecuencia con la que fue recibida.</b></p>
-----------------	---

Ejemplos: \$100 / mensuales o \$100 / cada 2 semanas o \$100/ 2 veces por mes o \$100 / semana

Sección 1 Nombre de los Miembros del Hogar (Primer y Apellido )  <i>Ejemplo: Jane Smith</i>	Ingresos del trabajo	Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia/ Conyugal				Pensiones/ Retiro	Otros ingresos													
		Semanal	Cada 2	3	Mensual		Semanal	Cada 2	3	Mensual										
	\$ 200	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 150	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	\$	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>
3.	\$	<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"/>	\$	<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"/>	<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"/>
5.	\$	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	\$	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	\$	<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"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 5. ¿Desea recibir asistencia de Material Curricular? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Parte 6. **FIRMA:** Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información sobre esta solicitud de asistencia material curricular. Yo renuncio a mi derecho de confidencialidad para este propósito solamente. La solicitud puede estar sujeta a auditoria por el estado de Indiana para determinar la elegibilidad del estudiante para materiales curriculares. La información de la solicitud puede ser 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 y con el fin de identificar a los niños que pueden califique para un seguro de salud gratis o de bajo costo bajo Medicaid o Indiana Healthwise.

School Use Only:  
 \_\_\_ Approved  
 \_\_\_ Denied  
 \_\_\_ Not applicable

Certifico que soy el padre/guardián del niño (s) para quien se está haciendo la solicitud y autorizo la divulgación de la información para los delineados en la solicitud.

\_\_\_\_\_  
 (Nombre en letras de imprenta)

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
 (últimos 4 dígitos de seguro social)

\_\_\_\_\_  
 (Firma de adulto completando esta forma)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

**Parte 7. RAZA e IDENTIDAD ETNICA:**

Opcional – No está obligado a contestar esta pregunta. Ningún niño será discriminado en contra de su raza, color, sexo, origen nacional, edad o discapacidad.

Raza (marque uno o más) :	Marque origen nacional
Asiático	Hispano o Latino
Negro o Africana Americana	No Hispano o Latino
Indiana Americano o Nativa de Alaska	
Nativo de Hawái u otra de las Islas del Pacifico	
Blanco	

**Parte 8. Para información sobre seguro de salud de Hoosier Healthwise, llamar 1-800-889-9949.**

**PARA USO ESCOLAR – NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA**

CONVERSION de INGRESOS ANUALES		INGRESOS SEMANALES X 52
CADA 2 SEMANAS X 26	DOS VECES POR MES X 24	INGRESOS MENSUALES X 12

**DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD**

Elegibilidad de Ingresos: Tamaño Total del Hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso Total:\$ \_\_\_\_\_ por: Semana Cada 2 Semanas Mensual  
 Dos veces por mes Anual

O Elegibilidad Categórica: Estampilla de Comida TANF Migrante Sin Hogar Escapo de Casa Foster Determinación de  
 Elegibilidad: Aprobado Gratis Aprobado a Precio Reducido  Negado

Razón por negamiento: Ingresos muy altos Aplicación Incompleta Otra (Razón) \_\_\_\_\_

Firma del oficial determinando: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha retirada: \_\_\_\_\_

**VERIFICACION**

<b>Revisión de Confirmación oficial:</b>	<b>Aprobado basado en:</b>	<b>Resultados de Verificación:</b>	<b>Razón por el cambio:</b>	<b>Fecha de la notificacion cambiada mandada:</b> _____
Fecha de notificación mandado: _____	___ Estampilla de comida/Núm. de caso de TANF	___ Ningun Cambio	___ Ingresos: _____	
Fecha de respuesta de los familia: _____	___ Tamaño del hogar e ingresos	___ Gratis a Reducido	___ Tamaño del hogar _____	<b>Fecha de Cambio:</b> _____

Fecha de la segunda notificación mandada (o No Aplicable): _____	____ Otro	____ Gratis a pagar ____ Reducido a gratis ____ Reducido a pagar	____ Cambios en estampilla de comida/TANF ____ ____ No hubo respuesta ____ Otro _____	
--	-----------	---	--	--

<b>Solicitud de Apelación</b>  Fecha de audiencia solicitada: _____ Decisión de la audiencia: _____	<b>Firma del Oficial Verificador:</b> _____  Fecha de Firma: _____
--	--

**Uso de la declaración de información: Esto explica cómo vamos a utilizar la información que usted nos da.**

La información contenida en esta aplicación será usada para determinar la elegibilidad para materiales de asistencia curriculares bajo el código de 20-33. Usted no tiene que proporcionar 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 Reservaciones (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR 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. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas, y funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar las violaciones de reglas del programa.