

Solicitud de asistencia de materiales curriculares y otros beneficios educativos 2022-2023

Complete una solicitud por hogar. Complete la solicitud en tinta (no en lápiz).

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, sin residencia fija, fugitivo
			Sí	No		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1			<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"/>
3			<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"/>
5			<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 complete el PASO 3)

Número de caso: / / / / / / / / / / /

Ingrese un único núm. de caso en este espacio.

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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Marcar si no tiene NSS

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a : **Voltee la página si desea solicitar ayuda para comprar libros de texto.**

"Certifico (garantizo) que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporciona con relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tengo conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales."

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

PASO 5

Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.

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.

Firma del adulto que completa el

Fecha de hoy

Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.

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

Use of Information Statement: This explains how we will use the information you give us.

The information contained in the application will be used to determine eligibility for curricular materials assistance under Indiana Code 20-33. You do not have to provide the information, but if you do not, we cannot approve your child for curricular materials assistance. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for the State of Indiana school curricular materials program. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LÍNEA			
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"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <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 Response Due from Households: _____	<input type="checkbox"/> Household Size and Income		Date Notice of Change Sent: _____
Date Second Notice Sent (or N/A): _____	<input type="checkbox"/> Other _____		Date Change Made: _____
Request for Appeal Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____		Verifying Official's Signature: _____ Date: _____	