

**SECCIÓN A. INFORMACIÓN DE NIÑOS** Todas las Familias Completen Esta Sección. Anote el ingreso bruto (ganado) personal de todos los niños, por cantidad, y qué tan seguido es recibido al colocar un círculo alrededor de los Códigos de Ingresos correctos: S=Semana, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. Identidades Raciales y Étnicas (opcional) 1. Encierre en un círculo una identidad étnica: N=No Hispano/Latino o H=Hispano/Latino 2. Encierre en un círculo una o más identidades raciales: (Independientemente de la etnia) A=Asiático, B=Blanco, N=Negro o Afroamericano, I=Indígena Americano o Nativo Alaska, P=Nativo Hawaiano u otro Islaño Pacífico

APPELLIDO, NOMBRE	ESCUELA (Escriba "NINGUNA" si no está en la escuela)	AÑO EN LA ESCUELA	Fecha de Nacimiento (Opcional)	Identidades Raciales y Étnicas: (Optional) Encierre en un círculo una o más identidades Raciales	MARQUE "X" si Niño Acogido	Ingreso Ganado Personal del Niño	Fuente del Ingreso ¿(Trabajo)?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga? (Encierre)	ANOTE el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	ANOTE el Número de Caso del Beneficio
1	Sunrise			N O H A B N I P	<input type="checkbox"/>	\$	S C D M A			
2				N O H A B N I P	<input type="checkbox"/>	\$	S C D M A			
3				N O H A B N I P	<input type="checkbox"/>	\$	S C D M A			
4				N O H A B N I P	<input type="checkbox"/>	\$	S C D M A			
5				N O H A B N I P	<input type="checkbox"/>	\$	S C D M A			

Si el niño por quien solicita Carece de Hogar, Migrante, o Fugitivo, contacte la escuela y ENCIERRE en un círculo letra apropiada: C M F  
 Familias presentando una solicitud con un Número de Caso del Beneficio para CalFresh/CalWORKs para CADA niño o un miembro Adulto de la familia, por favor brinque a la Sección C y complete.  
 Un Niño Acogido está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza temporal o del tribunal.

**SECCIÓN B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DE FAMILIA:** Anote el Ingreso Bruto Bajo Cada Tipo de Ingreso Cada Miembro de la Familia Recibe y "Qué Tan Seguido" se Recibe el Ingreso al usar los siguientes Códigos de Ingreso: S=Semana, C=Cada 2 semanas, D=Dos veces al mes, M=Mensualmente, A=Anualmente. Si No Hay Ingreso, Usted TIENE QUE Marcar la "Caja Sin Ingreso". NO la Deje en Blanco.

Nombre y Apellido Completo del Adulto (No repita nombres de la Sección A)	MARQUE "X" Si No Hay Ingreso Antes de Deducciones, Incluya Todos los Trabajos	Ganancias Brutas del Trabajo	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Indique Pago de Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Beneficios VA	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Beneficios de Asistencia Social, Manutención de Niños, Pagos de Pensión Alimenticia	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Cualquier Otro Ingreso Incluyendo Ingreso Temporal	¿Fuente del Ingreso?	¿Qué Tan Seguido Se Le Paga?	Anote el Tipo de Beneficio: CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, FDPIR	Anote el Número de Caso del Beneficio
Richard, Lareth	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 199.98	S	\$ 141.65	Pensión	A	\$ 99.99	Manutención de Niños	M	\$ 550.00	Ingreso por Rentas	M		
1	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
2	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
3	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
4	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
5	<input type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				

**SECCIÓN C. INFORMACIÓN DE CONTACTO, CERTIFICACIONES, Y FIRMA:** Este formulario puede ser entregado a cualquier hora del día escolar. Yo certifico (prometo) que toda información antedicha es verdadera y correcta y que todo ingreso es reportado. Tengo entendido que esta información se da en conexión con el recibir fondos estatales y los funcionarios escolares pueden verificar la información en la solicitud a cualquier hora, y que falsedad intencionada de la información me puede sujetar a enjuiciamiento bajo las leyes aplicables Estatales y Federales.

Nombre y apellido escrito en letra de molde del miembro adulto de la familia completando este formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del miembro adulto de la familia completando este formulario \_\_\_\_\_

Domicilio de Calle, # Apt., etc. \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Núm. Tel. de Casa \_\_\_\_\_ Núm. Tel. Celular \_\_\_\_\_ Domicilio Electrónico \_\_\_\_\_

No. de personas en fam.: \_\_\_\_\_ Ingreso anual de la fam.: \$ \_\_\_\_\_

Estado de Solicitud \_\_\_\_\_  
 Aprobada basado en:  
 Ingreso  
 Negada basado en:  
 Ingreso muy elevado  
 Incompleta

Firma del Funcionario Determinando y Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Funcionario Confirmando y Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Funcionario Verificando y Fecha \_\_\_\_\_

Factores de Conversión del Ingreso Anual: Semanal X 52, Cada 2 semanas X 26, Dos veces al mes X 24, Mensualmente X 12