

**ESCUELAS DE JOHNSON CITY (AÑO 2018-2019) SOLICITUD PARA COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO EN LAS ESCUELAS**

Office Use Only **PRIORITY**

Llene una solicitud por grupo familiar. Por favor use tinta negra o azul (no lápiz)

**Paso 1**

Liste **TODOS** los miembros de la familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 (si necesita poner mas nombres adjunte una hoja de papel)

Primer nombre del Niño	Inicial	Apellidos del Niño	Fec Waiver No	Si	ESCUELA "NA" si no va a la escuela	(Escriba GRADO	Ingreso	Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						
							\$						

**PASO 2**

Homeless Coordinator Signature/Date

**Algún miembro de la familia (inclúso usted) participa en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANAF o FDPiR? Marque con un círculo: Sí / No**

Si respondió NO, llene el PASO 3. Si respondió SÍ, escriba el número de caso aquí y vaya al PASO 4 en la PARTE DE ATRÁS de esta página. Número de caso:  **NO ESCRIBA EL NÚMERO DE LA TARJETA EBT.**

**PASO 3**

**Reporte el Ingreso de TODOS los Miembros del Grupo Familiar (No llene este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)**

**B. Todos los Adultos Miembros del Grupo Familiar (inclúyase usted)**

Indique **TODOS** los Adultos Miembros del Grupo Familiar que no escribio en el PASO 1 (incluyase usted) aunque no reciban ingresos. Indique el total de ingreso de cada Adulto Miembro del Grupo Familiar por cada tipo, en dólares (sin centavos). Si el Adulto no recibe ingresos de ningún tipo, escriba "0". Si usted escribe "0" o deja el espacio en blanco, usted está certificando que no hay ingreso que reportar.

Nombres de los Adulto Miembros del Grupo Familiar (Nombre y Apellidos)	Ingreso BRUTO por trabajo	¿Con qué Frecuencia?				Asistencia Publica/Child Support/Alimony	¿Con qué Frecuencia?				Pensiones/ Retiro/ Cualquier Otro Ingreso	¿Con qué Frecuencia?			
		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual		Semanal	Cada 2 Semanas	2 veces al mes	Mensual
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				

Total de Miembros del Gupo Familiar (Niños y Adultos)

Últimos 4 Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Miembro Principal del Grupo Familiar o el del que más gana.

Marque si no tiene Seguro Social

**IMPORTANTE: LA Informacion de la persona que firma DEBE completarse en la parte de atrás.**