

**PASO 1** Anote **TODOS** los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	Estudiante en esta Escuela? Y N	Bajo cuidado adoptivo temporal Sin hogar, inmigrante, se fué del hogar temporal
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Marque todos los pertinentes

**PASO 2** ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)  CalFresh  CalWORKs  FDIR  **Número de caso:** \_\_\_\_\_

Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

**PASO 3** Declare los ingresos de **TODOS** los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)

**A. Ingresos de los menores**  
En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)**  
Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/ubicación/ todos los demás ingresos	¿Frecuencia			
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente
	\$	<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"/>	\$	<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"/>	\$	<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"/>
	\$	<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"/>

Ingresos totales de los menores: \$ \_\_\_\_\_

¿Frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  2 veces al mes  Mensualmente

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tiene SSN →

**PASO 4** Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección  No. de departamento  Ciudad  Estado  Código postal  Teléfono o correo electrónico  Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario  Firma del adulto que llenó este formulario  Fecha de hoy

**NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.**

Total Household Members <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Household Income <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	How often?					Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Paid (Denied) Reason: _____	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			
Annual Income Conversion Weekly x52   Bi-Weekly x26   Twice Per Month x24   Monthly x12		Determining Official <input type="text"/>		Date <input type="text"/>		Confirming Official <input type="text"/>		Date <input type="text"/>	
		Verifying Official <input type="text"/>		Date <input type="text"/>					