

MSD Warren Township 5360

Solicitud para asistencia de material escolar y otra asistencia 2020-2021

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
Formulario escolar núm. 521/2018

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, tutelar	Sin hogar, sin residencia fija, fugitivo
			Sí	No						Sí	No		
1			<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"/>
3			<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"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcar todo lo que corresponda

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)

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

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 ¿Quieres recibir asistencia de material escolar? Sí No

"Certifico (garantizo) que soy el padre/tutor del niño(s) para quien se está haciendo la solicitud. Mi firma abajo autoriza la divulgación de información en esta solicitud para asistencia de libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad solo para este propósito. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana conforme a 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.

<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"/>
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 asistencia con materiales escolares.**

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.

Para uso exclusivo de la escuela:

- Aprobado
 Denegado
 No Aplica

Firma del adulto que completa el formulario

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

Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.

La información contenida en la solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia con materiales escolares conforme al Código de Indiana 20-33. No tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar la asistencia de materiales escolares de su hijo. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social cuando solicita en nombre de una crianza o si enumera un Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) número de caso u otro identificador de FDPIR para su hijo o cuando indique que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para el programa de materiales escolares del Estado de Indiana. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudar a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas y funcionarios de aplicación de la ley para ayudarles a detectar violaciones de las reglas del programa.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA – NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA

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: Weekly Every 2 Weeks Monthly Twice a Month Yearly

OR Categorical Eligibility: Food Stamps/TANF Migrant Homeless Runaway Foster

Eligibility Determination: Approved Free Approved Reduced price Denied

Reason for Denial: Income Too High Incomplete Application Other _____

Signature of Determining Official: _____ Date: _____

Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Confirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes No

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Households: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

Food Stamps / TANF Case Number

Household Size and Income

Other _____

Verification Results:

No Change

Free to Reduced

Free to Paid

Reduced to Free

Reduced to Paid

Reason for Change:

Income: _____

Household Size: _____

Change in Food Stamps /TANF

Did not respond

Other: _____

Date Notice of Change

Sent: _____

Date Change Made: _____

Request for Appeal

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____