

2022-23 Knox County School Aplicación para Alimentos Gratuitos o a Precios Reducidos

Llene una aplicación por hogar. Favor de usar bolígrafo de tinta negra o azul (no utilizar lápiz).

0

Solicite en línea:
www.lunchapplication.com

PASO 1 Liste a TODOS los Miembros del Hogar que sean niños y/o estudiantes hasta el grado 12 (si requiere más espacios para nombres adicionales agregue otra hoja de papel).

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluso si no están relacionados".
Los niños en hogares de acogida y los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para comidas gratuitas.

Nombre del niño	ME	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Sí No	Sin hogar, Migrante, Niño adoptivo Fugitivo
				<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"/>

Marque todo lo que corresponda

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP o Families First?

Si NO > vaya al PASO 3. Si SÍ > Escriba un número de caso aquí, vaya al PASO 4 (No complete el PASO 3)

Número de caso:

Escribir solamente Uno caso número en éste espacio.

PASO 3 Informe los ingresos de TODOS los miembros del hogar (omita este paso Si respondió 'Sí' al PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?
Voltee la página y revise los gráficos titulados "Fuentes de ingresos" para obtener más información.
La tabla "Fuentes de ingresos para niños" le ayudará con la sección de ingresos infantiles.
La tabla "Fuentes de ingresos para adultos" lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

A. Ingresos por hijos

A veces, los niños en el hogar ganan o reciben ingresos. Incluya el ingreso TOTAL recibido por todos los miembros del hogar enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos por hijos \$
 ¿Con qué frecuencia?
 Semanal Quincenal 2x Mi Mensual

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndote a ti mismo)

Haga una lista de todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) para cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si ingresa '0' o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (primero y último)	Ganancias del trabajo	¿Con qué				Público Asistencia/ Niño Apoyo/Pensión alimenticia	¿Con qué				Pensiones/Jubilación/ Todo Otro Renta	¿Con qué			
		Semanal	Quincenal	2x Mi	Mensual		Semanal	Quincenal	2x Mi	Mensual		Semanal	Quincenal	2x Mi	Mensual
	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de Primario Salario Ganador o Otro Adulto Casa Miembro

Compruebe si no hay SSN

PASO 4 Información de contacto y firma de adulto. Envíe el formulario completado por correo a: Knox County Schools, Nutrition Dept, Floor 5, P.O. Box 2188 Knoxville, TN 37901 Attn: Mona Underwood

"Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos se reportan. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas, y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables".

<input style="width: 100%;" type="text"/> Dirección postal (si está disponible)	<input style="width: 100%;" type="text"/> Apt #	<input style="width: 100%;" type="text"/> City	<input style="width: 100%;" type="text"/> State	<input style="width: 100%;" type="text"/> Zip	<input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono y correo electrónico diurnos (opcional)
<input style="width: 100%;" type="text"/> Nombre impreso del adulto firmando el formulario		<input style="width: 100%;" type="text"/> Firma del adulto		<input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha de hoy	

