



Solo para uso oficial
Please Circle One
Income Eligible: Yes / No

If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2021-2022

La solicitud para decidir la elegibilidad de los ingresos para la investigación preescolar voluntaria

Rellenar este impreso NO resulta en la clasificación del estudiante para comidas escolares gratis y a precio reducido.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Número del Seguro Social de la Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 (mes/día/año)

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres: _____ Relación a estudiante (padre/madre) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: () _____ Teléfono de su trabajo: () _____ Número celular: () _____

Parte A - Información de la Familia
Por favor, lista información sobre su familia

Sección 1

Nombres de otros niños en su casa:		Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Sección 2

Nombres de otros adultos en la casa:		Relación a estudiante (por ejemplo: padre/madre):
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Cuántas personas que viven en la casa: _____

Parte B - participación en el programa

Por favor, marca (✓) si su hijo/a o su familia participa en uno de esos programas (la documentación)

(✓)		(✓)		(✓)		(✓)	Case #
	Early Head Start		Foster Care		Migratorio		Families First (TANF)
	Head Start		Sin Hogar				Food Stamps / EBT

Si presenta documentación de los programas como se dice más arriba, no es necesario completar Parte C.

Parte C - Suma de Ingresos de Hogar

Por favor, lista **TODOS LOS INGRESOS** de la familia y con qué frecuencia recibe.

Falsificación de la información de ingreso, residencia, o otro preguntas resulta en dimisión de la investigación.

Ingreso Instrucciones

De la lista debaja, por favor escriba El Código de los Ingresos en el espacio e indique el tipo de ingreso recibe. También, por favor escriba el suma en un mes y multiplica de el numero de meses que recibe este tipo de ingreso. Calcula el total por un año.

Codigo de los Ingresos					
A.	Ingreso del trabajo	D.	Pension(es)	G.	Beneficios de Veteranos
B.	Cheque for desempleo?	E.	El fundo de retiro	H.	Manutencion de los hijos
C.	Compensacion al Trabajadore	F.	Seguro Social?	I.	Alimentos
J.	Ingresos del seguro de discapacidad				
K.	Otro - por favor, lista ↓				

Nombre de Adulto	Empleador (si aplicable)	Codigo de Ingresos	Pago en un mes	Multiplica de:	Cuantos meses usted recibe este ingreso	Suma
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
Suma de Ingresos en un año						\$ -

Parte D - Verificación de los Ingresos

Por favor marca (✓) todos que has presentado en sus comprobantes de ingreso.

<input type="checkbox"/>	Talon de pago/verificacion de empleador	<input type="checkbox"/>	Retiro Documentacion	<input type="checkbox"/>	Cuidado de crianza documentacion
<input type="checkbox"/>	W-2 Forma	<input type="checkbox"/>	Seguro Social	<input type="checkbox"/>	SSI Documentacion
<input type="checkbox"/>	Income Tax Forma 1040A or 1040	<input type="checkbox"/>	Letra de los Veteranos	<input type="checkbox"/>	TANF Documetacion
<input type="checkbox"/>	Desempleo Forma	<input type="checkbox"/>	Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/>	AFDC / Public Assistance Payment
<input type="checkbox"/>	Documentación de Compensacion al Trabajadore	<input type="checkbox"/>	Documentación de los Alimentos	<input type="checkbox"/>	TN Care Verificacion
<input type="checkbox"/>	Pension(es)	<input type="checkbox"/>	Otro (Lista): →	<input type="checkbox"/>	

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsifico intencionalmente de los ingresos o la dirección puede resulta in dimisión de la programa Pre-K.

Nombre en letre de molde del solicitante: _____

SSN #: _____

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Sólo por uso oficial. No escribe debajo de esta linea.

Name and Signature of LEA employee reviewing this application

I certify that I have examined the above income documentation and verification information.

Completed

forms must be maintained in accordance with FERPA.

Printed Name / Title of LEA employee: _____

Signature of LEA employee: _____

Date Reviewed by LEA employee: _____