

Solicitud de asistencia de materiales curriculares y otros beneficios educativos 2022-2023

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas
 Formulario escolar núm. 521/2021

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", y 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?		Solo para estudiantes: Nombre de la escuela	Solo para estudiantes: Fecha de nacimiento		Solo para niños con padre o un niño bajo sin hogar, sin residencia fija	
			SI	NO		Grado	Si	Si no	Grado
1			<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"/>
3			<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"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 SI > 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 'SI' en el PASO 2)

Lea Cómo solicitar comidas escolares gratuitas o a precio reducido para más información.
 La sección Fuentes de Ingresos de los niños lo ayudará a responder la pregunta sobre ingresos de los niños. La sección Fuentes de Ingresos de los adultos lo ayudará con la sección Todos los miembros adultos del hogar.

Nombres y apellidos de los miembros adultos del hogar	¿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 mas		Semanal	Cada 2 sem	2 x mas		Semanal	Cada 2 sem	2 x mas
1	<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"/>
2	<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"/>
3	<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"/>
4	<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"/>
5	<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"/>
Total de miembros del hogar (Niños y adultos)											

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a: **Voltee la página si desea solicitar ayuda para completar libros de texto.**

Certifico (garantizo) que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporciona con relación a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tengo conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales.

Nombre del adulto que completa el formulario (en letra de imprenta) _____
 Firma del adulto que completa el formulario _____
 Fecha de hoy _____
 Dirección (si está disponible) _____ Num. de dpto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono diario y dirección de correo electrónico (opcional) _____

PASO 5

Otros beneficios – No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.

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.

Firma del adulto que completa el

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
- Indígena de EE. UU. o Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanca

Raza (seleccione una o más opciones):

Use of Information Statement: This explains how we will use the information you give us.

The information contained in the application will be used to determine eligibility for curricular materials assistance under Indiana Code 20-33. You do not have to provide the information, but if you do not, we cannot approve your child for curricular materials assistance. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) case number for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for the State of Indiana school curricular materials program. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

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

WEEKLY X 52 EVERY 2 WEEKS X 26 TWICE A MONTH X 24 MONTHLY X 12

INCOME CONVERSION to YEARLY:

ELIGIBILITY DETERMINATION

Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income: \$_____ per: Weekly Every 2 Weeks Twice a Month Monthly 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 _____ Date: _____

Signature of Determining Official: _____ Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Confirmation Review Official: _____ Application Direct Verified? Yes No

Date Verification Notice Sent: _____ Approval Based On: Food Stamps / TANF Case Number Verification Results: No Change Free to Reduced Free to Paid Reduced to Free Reduced to Paid

Date Response Due from Households: _____ Date Second Notice Sent (or N/A): _____ 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: _____ Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Date Hearing Requested: _____ Hearing Decision: _____