Solicitud para recibir beneficios de alimentos 2018-2019 **Distrito Escolar Independiente de Waller** **FECHA DE HOY:** _____

Lea las instrucciones al dorso. Use tinta negra o azul y no marque fuera de las casillas. Escriba en letra de imprenta (molde) MAYUSCULA. Llene una solicitud por familia/hogar. O si prefiere EN LINEA www.mealappnow.com/manwal

Si necesita ayuda favor de llamar al numero 936.931.2347

❶ **SI ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA ESTA RECIBIENDO ESTAMPILLAS O AYUDA DEL GOBIERNO, ESCRIBA EL NUM. DE ELEGIBILIDAD AQUI** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

❷ **ESTUDIANTES viviendo en el hogar:** IComplete la parte de abajo. Incluya **TODOS LOS ESTUDIANTES QUE ASISTEN AL DISTRITO DE WALLER**. Marque el siguiente espacio si aplica a uno de estos casos.

	ID del estudiante	Primer nombre	Apellido	Grado	Nombre de la Escuela	Adoptado	Sin hogar	Migra de estado en estado	Fuera de casa
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

SI UN MIEMBRO DEL HOGAN TIENE NUMERO DE ELEGIBILIDAD DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, NO TIENE QUE LLENAR LA PARTE SIGUIENTE.

❸ **OTROS MIEMBROS EN ELHOGAR: Incluya los miembros y sus ingresos si tienen.** Escriba los ingresos **ANTES** de las deducciones. No incluya a los estudiantes que ya estan en la parte de arriba.
En la caja de frecuencia **MARQUE CADA CUENTO RECIBE EL SALARIO.**? DE LA SIGUIENTE MANERA**; (W = Semanal, E= Cada dos semanas, T= Dos veces al mes, M= Mensual, y A= Anualmente).**
Si pone un cero (0) en la caja donde dice ingreso o la deja en blaco indicara que usted **NO** tiene ingreso, Y esta afirmando que la informacion es correcta.

Imprima el nombre y apellido de los demas Miembros en el hogar	El Salario que recibe antes de deducciones	Frecuencia (circule uno)	Dinero que recibe del gobierno o pension alimenticia	Frecuencia (circula uno)	Dinero que recibe de pensiones retiro o seguro social	Frecuencia (circule uno)	Otro dinero recibido	Frecuencia (circule uno)
1.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
2.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
3.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
4.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A
5.	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A	$	W-E-T-M-A

TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA _____

COMBINE EL SALARIO QUE RECIBEN LOS ESTUDIANTES (NO INCLUYA EL SALARIO DE LOS ADULTOS)

Semanal$_____ **Mensual $**_____ **Cada 2 semanas $**_____ **Dos veces al mes$**_____ **Anual $**_____

❹ **SECCION DE FIRMA** **Declaro que toda la informacion suministrada en esta aplicacion es verdadera, complera y exacta. Todos los ingresos han sido reporta-Dos . Entiendo que la escuela recibira fondos federales con base en la informacion que he suministrado. Entiendo que funcionarios Escolares pueden verificar la informacion. Comprendo que si doy informacion falsa, mis hijos podrian perder los beneficios e incluso yo puedo ser enjuiciado..**

Imprima su primer nombre | **imprima su apellido** | **Firme este documento**

❺ **SEGURO SOCIAL #:** **An adult household member must provide the last 4 of their Social Security # or mark the "NO SSN" box. (Ver la acta de privacidad al reverse de esta aplicacion)**

Ultimos 4 digitos del SS ☐☐☐☐ **Si no tiene SS marque aqui** ☐

X X – X X –

Regrese esta aplicacion complete a: Departamento de Nutricion escolar 1918 Key Street Waller TX 77484, O por fax al 936-931-4047, o correo electronico : mwarzon@wallerisd.net, o con su estudiante en la escuela.

Direccion donde le llega toda su correspondencia | # Apartamento | Ciudad | Estado | Codigo postal | Numero de Telefono