Wake County Public School System

2009-2010 Family Application for Meal Benefits

(Uso de la familia pare las ventajas de la comida)

1235449244

USE BLUE OR BLACK INK (USE TINTA AZUL O NEGRA)

PRINT NEATLY (ESCRIBE CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

PART 1 - STUDENT INFORMATION (Niños en escuelas de Wake County) Below list ALL students who attend a Wake County Public School, except Foster children (See PART 3). Anotar los niños que asisten a las escuelas de Wake County, excepto niños acogidos (Vea Parte 3).

First Last MI (Nombre Del Estudiante) (Apellido)	NCWISE ID Number (Número de Identificación del Estudiante)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	School (Escuela)	Grade (Grado)	Student Income - List earnings from work and how often. Write 0 if none. Anote las ganancias totales y frecuencia. Escriba 0 si 0.	Student Income - List Social Security & Other Income and how often. Write 0 if none. Anote Seguro Social o Cualquier otro ingreso y frecuencia. Escriba 0 si 0.	Food Stamp or TANF Case Number (Número de Caso Estampillas para Comida o TANF)
1)					$	$	
2)					$	$	
3)					$	$	
4)					$	$	
5)					$	$	
6)					$	$	

If you listed a Food Stamp or TANF Case number for EVERY child, SKIP TO PART 5. No EBT or Medicaid numbers accepted. Si usted ya indicó el número de expediente de Estampillas de Comida, TANF o WFFA continúa en la PARTE 5. No se aceptarán números de la tarjeta EBT o Medicaid.

PART 2 - HOMELESS, MIGRANT OR RUNAWAY CHILD (Sin hogar,el Emigrante o niño/a fugitivo/a)

(For English) If the child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box and call 919-850-1600. (Para Español) Si el niño que usted solicita es sin hogar, el emigrante, o niño/a fugitivo/a, marque la caja apropiada y llama 919-501-7990. ☐ Homeless (Sin hogar) ☐ Migrant (emigrante) ☐ Runaway (huir de casa)

PART 3 - FOSTER CHILD (Niño bajo cuidado suplente) Use a separate application for each Foster Child (Use una aplicación adicional por cada niño/a acogido/a)

List the foster child in the space prpvided. (Indique los niños acogidos el el espacio apropiado.)	Foster Child's Name (Nombre del Niño/a Acogido/a)	NCWISE ID Number (Número de Identificación del Estudiante)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	School (Escuela)	Grade (Grado)

Write the child's personal use income in space provided. If no personal use income, write $ 0. (Escribo el ingreso de uso personal del niño/a en el espacio apropiado. Si no hay ingreso de uso personal, escribe $ 0). $ ☐ Weekly\Semanal ☐ Bi-weekly\Bi-Semanal ☐ 2 x monthly\Quincenal ☐ Monthly\Mensual GO TO PART 5.

PART 4 - ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS. (Miembros de la unidad familiar) Please list the names of all household members not attending Wake County Public Schools. If the household member has income, list the income amount and specify how often that income is received. If no income, mark an "X" in the zero income box. Anote a todos los miembros de la unidad familiar; sin incluir los alumnos de WCPSS.

1. Name - Please list the names of all household members not attending WCPSS. Nombre - anote a todos los miembros de la unidad familiar; sin incluir los alumnos de WCPSS. First, MI, Last (Nombre Del Miembro)(Apellido)	2. Mark "X" if "0" income. Marque "X" si "0" ingresos	3. Gross Income - Enter the income amount and place an "X" in the box for the corresponding frequency. (Ingresos y frecuencia con que se reciben) Earnings from Work before deductions (Ganancias totales sin deducciones)	Weekly\Semanal	Bi-weekly\Bi-Semanal	2 x Monthly\Quincenal	Monthly\Cada mes	Welfare, Child Support, TANF, Alimony (Ayudas Sociales, Pensiones Infantiles o Pensiones Alimenticias)	Weekly\Semanal	Bi-weekly\Bi-Semanal	2 x Monthly\Quincenal	Monthly\Cada mes	Pensions, Social Security, Retirement, Other (Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Cualquier, otro)	Weekly\Semanal	Bi-weekly\Bi-Semanal	2 x Monthly\Quincenal	Monthly\Cada mes
1)	☐	$					$					$				
2)	☐	$					$					$				
3)	☐	$					$					$				
4)	☐	$					$					$				
5)	☐	$					$					$				

PART 5 - ADULT HEAD OF HOUSEHOLD - Parent/Guardian must sign (Firma y Número de Seguro Social - El Padre/Guardián debe firmar)

An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on back). I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted. Un miembro adulto de la familia debere firmar esta solicitud. Si complete la parte 4, el adulto que firma la solicitud debere anotar su numero de Seguro Social o marca el bloque indica que no tiene numero de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso). Prometo que toda la informacion en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibire fondos Federales basado en la informacion que yo provea. Entiendo que los oficiales de la es cuela pue den verificar dicha informacion. Entiendo que si deliberadamente proveo informacion false, mis ninos podrian perder los beneficios de comidas y yo podria ser procesado legalmente.

X
Signature (Firma de padre o tutor)

___ - ___ - ___
Social Security Number (Número de Seguro Social)

☐ I do not have a Social Security Number (No poseo Número de Seguro Social)

__ / __ / ____
Date Signed (Fecha)

First Name (Primer Nombre)

Last Name (Apellido)

( ) -
Home Phone (teléfono de casa)

Street Address (Dirección postal)

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código postal)

___ - ___ - ____
Work Phone (teléfono del trabajo)

PART 6 - WAIVER OF PRIVACY ACT

(Consienta la Declaración) *You are not required to answer this question. (No es mandatorio contestar)*

I give permission for Wake County Schools to give my name, address, and whether my child qualifies for free/reduced priced meals to the following programs: Doy WCPSS el permiso de Escuelas da mi nombre, la direccion y si mi niño califica para comidas de precio de libre/reduj lo al siguiendo los programas y/o los departamentos

☐ NC Health Choice ☐ Dental Benefits ☐ Both

Signature (Firma) _____

PART 7 - LANGUAGE PREFERENCE (Preferencia de la Lengua)

What is your language preference? (¿Cuál es su preferencia de la lengua?)

☐ English \ Inglés ☐ Spanish \ Español

PART 8 - RACE / ETHNIC IDENTITY (Razà y Etnicidad de los niños) Optional (Opcional)

Mark one or more racial identities (Marque una o más identidades raciales):

☐ American Indian ☐ Asian ☐ Bi Racial ☐ Black ☐ Hispanic ☐ White ☐ Other

Mark one ethnic identity (Marque una identidad étnica):

☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

(THIS APPLICATION CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A SIGNATURE IN PART 5.) (Esta aplicación no puede ser procesada sin la firma en la parte 5.)

Office Use (Para Uso de la Oficina) ☐☐

SAMPLE