

1

STUDENT INFORMATION (Niños en escuelas Públicas de Wake County) Below list ALL students who attend a Wake County Public School. (Anotar los niños que asisten a las escuelas Públicas de Wake County.)

Student ID # (Número de Identificación del Estudiante)	Legal First Name (Primer Nombre)	MI	Legal Last Name (Apellido)	Birthdate (Fecha de nacimiento) M M / D D / Y Y	Grade (Grado)	School Initials (Iniciales de la Escuela)	Foster el niño es adoptivo	Homeless Desamparado	Migrant emigrante	Runaway en fuga

2

Assistance Programs (Programas de Asistencia):

Do any Household members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: FNS, Work First/TANF or FDIPIR?

If "YES" please provide a case number (Usted o cualquier miembro del hogar actualmente participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia:

FNS, Work First/TANF o FDIPIR? Si "sí", escribir el número de caso completo)

Case Number:

3

All income and Other household members (Ingresos y demás miembros del hogar)

A. STUDENT SOURCE OF INCOME - REQUIRED (FUENTE DE INGRESOS DEL ESTUDIANTE- REQUIRIDO)

Students Gross earnings from work, Social Security & Other Income and how often. (Ingreso del estudiante bruto, Seguro Social o Cualquier otro ingreso y frecuencia.)

Gross earnings from work, Social Security
(Ingreso bruto, Seguro Social o Cualquier otro ingreso)

A)

\$

How Often? (Frecuencia?)

Weekly/ Semanal	Bi-Weekly/ 2 Semanas	2x Month/ Quincenal	Monthly/ Cada mes
☐	☐	☐	☐

B. All Other Household Members

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. Please INSERT a "0" to indicate NO INCOME where applicable. If an income field is left blank it certifies there is no income to report. (Anotar a todos los miembros de la unidad familiar; sin incluir los alumnos de WCPSS. Si algún miembro del hogar tiene ingreso, escríbalo con la frecuencia en que la recibe. Marque "0" para indicar No ingreso donde aplique. Si lo deja en blanco se asumirá que no hay ingreso.)

First, MI, Last (Nombre Del Miembro) (Apellido)	Gross Income Earnings from Work before deductions (Ingreso Bruto sin deducciones)	How Often? (Frecuencia?) Weekly/ Semanal Bi-Weekly/ 2 Semanas 2x Month/ Quincenal Monthly/ Cada mes	Public Assistance, Child Support, Alimony (Asistencia pública, manutención de hijos, pensión alimenticia)	How Often? (Frecuencia?) Weekly/ Semanal Bi-Weekly/ 2 Semanas 2x Month/ Quincenal Monthly/ Cada mes	Pensions, Social Security, VA, Retirement, Unemployment, Other (Pensiones, Jubilación, Seguro Social, VA, Desempleo, Cualquier otro)	How Often? (Frecuencia?) Weekly/ Semanal Bi-Weekly/ 2 Semanas 2x Month/ Quincenal Monthly/ Cada mes
		\$	☐	\$	☐	\$
	\$	☐	\$	☐	\$	☐
	\$	☐	\$	☐	\$	☐
	\$	☐	\$	☐	\$	☐
	\$	☐	\$	☐	\$	☐

Last Four Digits of the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member's Social Security Number (SSN)
(Los últimos cuatro dígitos del asalariado o número de Seguridad Social de otro adulto miembro del hogar)

*** - ** -

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

4

ATTESTATION - Parent/Guardian must sign (El Padre/Guardián debe firmar)

An adult household member must sign the application. "I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my child(ren) may lose meal benefits and I may be prosecuted under State and Federal Laws." (Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. "Yo certifico (prometo) que la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. "Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado bajo las Leyes Estatales y Federales.")

Contact Number (teléfono de contacto)

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

☐ English \ Inglés ☐ Spanish \ Español

First Name (Primer Nombre)	Last Name (Apellido)	Signature (Firma de padre o tutor)	Today's Date (Fecha de Hoy)

THIS APPLICATION CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A SIGNATURE IN PART 4 (Esta aplicación no puede ser procesada sin la firma en la parte 4)

ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES (optional):
(Identidades étnicas y raciales- Opcional):

Choose one Ethnicity:
(Marque una identidad
étnica):

☐ HISPANIC/
LATINO

☐ NOT HISPANIC/
NO LATINO

Choose one or more
(regardless of Ethnicity):
(Marque una o más):

☐ WHITE

☐ ASIAN

☐ BLACK or AFRICAN
AMERICAN

☐ AMERICAN INDIAN
or ALASKAN NATIVE

☐ NATIVE HAWAIIAN or
OTHER PACIFIC ISLANDER

Office Use / Uso de Oficina

TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS

Reviewer's Initials