

# Wake County Public School System 2010-2011 Family Application for Meal Benefits (Usa de la familia para las ventajas de la comida)

1 662009712

**USE BLUE OR BLACK INK (USE TINTA AZUL O NEGRA)** 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). **PRINT NEATLY (ESCRIBE CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)**

**PART 1 - STUDENT INFORMATION (Niños en escuelas de Wake County)** **STUDENT INCOME - REQUIRED (INGRESOS DEL ESTUDIANTE - REQUIRIDO)**

First Last (Nombre Del Estudiante)	MI	NCWISE ID Number (Número de identificación del Estudiante)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	School (Escuela)	Grade (Grado)	Food and Nutrition Services (FNS) (Known as Food Stamp) or TANF Case # (Número de FNS o TANF)	FNS	TANF	Mark "X" if "0" income. Marque "X" si "0" ingresos	2x Monthly/Quincenal	Bi-Weekly/Semana	Weekly/Semana	3x Monthly/Quincenal	Bi-Weekly/Semana	Weekly/Semana
1) _____															
2) _____															
3) _____															
4) _____															
5) _____															
6) _____															

If you listed a FNS or TANF Case number for EVERY child, SKIP TO PART 5. No EBT or Medicaid numbers accepted. Si usted ya indicó el número de FNS o TANF 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 919-501-7996.

**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 provided. (Indique los niños acogidos en 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) \_\_\_\_\_

Homeless (Sin hogar)  Migrant (emigrante)  Runaway (huir de casa)

Weekly/Semana  Bi-weekly/BI-Semana  Monthly/Mensual  2x monthly/Quincenal

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.

**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. A note 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

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)

First, MI, Last (Nombre Del Miembro/a) (Apellido)	2x Monthly/Quincenal	Bi-Weekly/Semana	Weekly/Semana	3x Monthly/Quincenal	Bi-Weekly/Semana	Weekly/Semana
1) _____						
2) _____						
3) _____						
4) _____						
5) _____						

Welfare, Child Support, Alimony (Ayudas Sociales, Pensiones Infantiles o Pensiones Alimenticias)

Pensions, Social Security, Retirement, Other (Pensiones, Jubilación, Seguro Social, Cualquier otro)

**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 if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted. Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. Si complete la parte 4, el adulto que firma la solicitud deberá anotar su número de Seguro Social o marcar el bloque que indica que no tiene número de Seguro Social. (Vea el Acta de Privacidad al dorso). Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo provea. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

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

Signature (Firma de padre o tutor) \_\_\_\_\_ Social Security Number (Número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

Date Signed (Fecha) \_\_\_\_\_ First Name (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ Last Name (Apellido) \_\_\_\_\_

Home Phone (teléfono de casa) \_\_\_\_\_ Work Phone (teléfono del trabajo) \_\_\_\_\_

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

Street Address (Dirección postal) \_\_\_\_\_

**(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) \_\_\_\_\_