

**[2020-2021] BOYS & GIRLS CLUBS DE SONOMA VALLEY SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA BECA** Complete una aplicación por hogar.

**PASO 1- INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Los niños en **Crianza Temporal** y los niños que cumplen con la definición de **Migrante, Sin hogar o Fugitivo** son elegibles para los alimentos gratis.

|  |  |  |  |                                       |                                      |                                      |
|--|--|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Escriba el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que asistirá a la escuela<br>(Nombre, Inicial de segundo nombre, Apellido)<br><br><b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b> | Escriba el nombre de la escuela y nivel de grado<br><br><b>Lincoln Elementary</b> <b>1st</b> | Escriba la fecha de nacimiento del estudiante<br><br><b>12-15-2010</b> | Marque la caja aplicable si el estudiante es<br>Crianza temporal, sin hogar, migrante, fugitivo. |                                       |                                      |                                      |
|  |  |  | Crianza temporal<br><input type="checkbox"/>   | Sin Hogar<br><input type="checkbox"/> | Migrante<br><input type="checkbox"/> | Fugitivo<br><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"/>              | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>             |

**PASO 2 - PROGRAMAS DE ASISTENCIA: 4C's, o CALWORKS**

Hay **ALGUN** miembro de su hogar (Niño/a o Adulto) que este participando actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?

|  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| si la respuesta es <b>SÍ</b> , Marque la caja del programa correspondiente, escriba su número de caso, omita el PASO 3 y continúe con el PASO 4. | Seleccione el tipo de programa:<br><input type="checkbox"/> <b>4C's</b> <input type="checkbox"/> <b>CalWORKs</b> | Escriba su número de caso: |
|--|--|----------------------------|

**Paso 3 – REPORTE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Omita este paso si respondió "SI" en el PASO**

|  |                      |   |   |                              |  |                    |  |
|--|----------------------|---|---|------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>A. INGRESOS DEL ESTUDIANTE:</b> A veces, los estudiantes del hogar obtienen ingresos. Escriba el ingreso BRUTO TOTAL (antes de las deducciones) en dólares enteros ganados por todos los estudiantes enumerados en el PASO 1. Escriba el período de pago correspondiente en la caja sección "Con qué frecuencia": S = Semanal, 2S = Quincenal, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, Y = Anual  |                      |   |   | Ingreso total del estudiante |  | Con qué frecuencia |  |
|  |                      |   |   |                              |  |                    |  |
| <b>B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted mismo):</b> Indique <b>TODOS</b> los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1, incluso si no reciben ingresos. Para cada miembro del hogar, informe el ingreso BRUTO TOTAL (antes de las deducciones) en dólares enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que reportar. Escriba el período de pago correspondiente en la caja sección "Con qué frecuencia": S = Semanal, 2S = Quincenal, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, Y = Anual |                      |   |   |                              |  |                    |  |
| Escriba el nombre de <b>TODOS LOS DEMÁS</b> miembros del hogar (Primero y Último Nombre)   | Ingresos del trabajo | Con qué frecuencia  | Asistencia Pública / SSI / Manutención infantil / Pensión Alimenticia | Con qué frecuencia           | Pensiones / Jubilaciones / Todos los demás ingresos            | Con qué frecuencia |  |
|  | \$                   |   | \$  |                              | \$   |                    |  |
|  | \$                   |   | \$  |                              | \$   |                    |  |
|  | \$                   |   | \$  |                              | \$   |                    |  |
|  | \$                   |   | \$  |                              | \$   |                    |  |
| <b>C. Total de miembros del hogar:</b> (Niños y Adultos)   |                      | <b>D. Escriba los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar</b> |   |                              | Marque la caja si <b>NO</b> tiene SSN <input type="checkbox"/> |                    |  |

|   |                     |                |
|---|---------------------|----------------|
| Firma del adulto que completa esta solicitud: |                     |                |
| Nombre en letra Imprenta:                     |                     |                |
| Fecha:  | Número de teléfono: |                |
| Dirección de envío:                           |                     |                |
| Ciudad:                                       | Estado:             | Código postal: |
| Correo electrónico:                           |                     |                |

|   |   |
|---|---|
| <b>NO COMPLETE. SOLO PARA USO DEL CLUB</b>  |   |
| ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente<br>Conversión de ingresos anuales: semanal x52, quincenal x26, dos veces al mes x24, mensual x12 | Ingreso total del hogar<br>\$   |
| Ingreso total del hogar   | Estado de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Precio reducido <input type="checkbox"/> Pagado (denegado) |
|   | <input type="checkbox"/> Categórico   |
|   | <input type="checkbox"/> Propenso a errores   |
| Verificado como: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Fugitivo   |   |
| Determinación de la firma del funcionario:  | Fecha:  |
| Confirmación de la firma del funcionario:   | Fecha:  |
| Verificación de la firma del funcionario:   | Fecha:  |

**OPCIONAL - IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estemos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Etnicidad (marque uno):**

Hispanic or Latino     Not Hispanic or Latino

**Raza (marque uno o más):**

American Indian or     Alaskan Native     Asian  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 Black or African American  
 White