REQUERIMENTO DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE BOSTON PARA FAMÍLIAS PEDIREM MERENDA ESCOLAR

Home Room

P0

ESCREVA CLARAMENTE EM LETRA DE FORMA
USE CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA

Parte 1 - Estudantes frequentando as Escolas Públicas de Boston SOMENTE. Se for para criança adotada, pule para Parte 3

Nomes de todas as crianças nas Escolas da Cidade de Boston (Sobrenome, Nome, Inicial)	Número de Estudante do(a)	Série	Nome da Escola	Food Stamp ou número do Caso de TAFDC (9 dígitos)
				Se for o caso, liste seu Food Stamp ou número de 9 dígitos do processo de TAFDC 9. Vá para a Parte 6.

Parte 2 - Sem Teto, Migrante ou Criança Fugitiva

Se você estiver requerendo para uma criança sem teto, migrante ou fugitiva, marque o quadrado apropriado abaixo e telefone para Mary William no número (617) 635-8037 para mais assistência. Além disso, você deve preencher este requerimento completamente para ser considerado(a) para benefícios.

☐ Sem Teto ☐ Migrante ☐ Fugitivo(a)

Parte 3 - Criança Adotada. Complete somente se estudante está sob cuidados do estado ou de agência do bem-estar. Use um requerimento separado para cada Criança Adotada

Liste a criança adotada no espaço dado.	Nome da Criança Adotada	Número de Estudante do(a)	Série	Nome da Escola	Renda para uso pessoal da Criança. Se não tem renda, escreva $ 0.	
					$.	*VÁ PARA PARTE 6.*

Parte 4 -Renda Total da Família - Você tem de dizer EXATAMENTE quanto e com que freqüência.

Escreva a renda claramente. Escureça completamente o círculo que mostra com que frequência a renda é recebida.
Semanalmente (W), Cada 2 vezes por Semanas/De 15 em 15 dias (E), Duas vezes ao mês (T), Mensalmente (M)

Lista dos nomes de todos os membros da família, inclusive estudantes	Renda Bruta Antes das Deduções (W) (E) (T) (M)	Bem-Estar, Apoio à Criança, Alimônia (W) (E) (T) (M)	Pensões, Aposentadoria, Social Security e Outro (W) (E) (T) (M)
1)	$.	$.	$.
2)	$.	$.	$.
3)	$.	$.	$.
4)	$.	$.	$.
5)	$.	$.	$.
6)	$.	$.	$.

Renda Zero

☐ Marque aqui se a família não tiver renda.

Recusa de Benefícios

☐ Marque este quadrado se você não quer que seu(s) filho(s) receba(m)

SOMETE PARA USO DO ESCRITÓRIO

Parte 5 - Outros Benefícios

☐ Ao marcar o quadrado e assinar, eu permito que as EPB liberem a informação neste requerimento para outros programas de nutrição infantil, saúde e educação para determinar a qjualificação de cada programa.

Assinatura _____

Parte 6 - Assinatura e Número do Social Security

Eu certifico que a informação acima é verdadeira e correta e que toda a renda está declarada e /ou o Food Stamps ou número do caso de TAFDC dados são corretos. Eu entendo que esta informação está sendo dada como recibo de fundos federais, que autoridades escolares podem verificar a informação no requerimento e que informação errada deliberada pode me sujeitar a condenação sob leis estaduais e federais aplicáveis. Marque o quadrado se você não tiver um número do social security.

X
Assiantura do(a) Adulto(a) Membro da Família

Número do Social Security

☐ Eu não tenho um número de Social Security

Data: / / 200

Nome dos Pais/Guardiãos

Sobrenome dos Pais/Guardiãos

Telefone de casa

Telefone do trabalho

0526234732

Endereço (rua)

Cidade, Estado, CEP

(ESTE REQUERIMENTO NÃO PODE SER PROCESSADO SEM UMA ASSINATURA NA PARTE 6.)

rev: 07/18/2008