

IGNITE ACHIEVEMENT ACADEMY, INC.

9010

Corporación de la escuela

Num. de Corporacion

SOLICITUD DE ASISTENCIA MATERIAL CURRICULAR Y OTRA ASISTENCIA

Efectivo el 1ro de Julio del 2019 -Una aplicación por **Hogar**

Parte 1 Nombres de todos los miembros del hogar (Primer nombre, Inicial del Segundo nombre, Apellido)	¿Viviendo con padres, cuidador o familiar?	Solo para estudiantes: Nombre del edificio escolar de cada niño.				¿Estudiante? Si o No	Solo para estudiantes: Grado	Solo para estudiantes: Fecha de Nacimiento	Marcar si es niño Foster	Marque si es migrante, sin hogar, se escapó de casa	Marcar si no tiene ingreso
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí ___ No ___					Sí ___ No ___			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si TODOS los niños listados arriba son Foster, omite aparte 5 y firme.

Parte 2. Si algún miembro del hogar (estudiante, adulto, o no-estudiante) tiene Estampillas de Comida (SNAP) o número de caso TANF, Favor de proveer el nombre de la persona que reciba estos beneficios, marque la casilla que indique el programa de beneficio, y entre el número de caso, omitir a paso 5. Si nadie recibe ninguno de estos beneficios omitir aparte 3.
Nombre: _____ **Estampilla de Comida** **TANF** **Núm. Caso:** ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Parte 3. Si algún niño es migrante, sin hogar, o se escapó del hogar, marque la caja apropiada y llamar Sra. Bratcher a 317-226-4242.

Parte 4. Sección 1 Nombre de los Miembros del Hogar (Primer y Apellido) <i>Ejemplo: Jane Smith</i>	Ingresos del trabajo	Sección 2 Número total de ingresos brutos en el hogar (antes de las deducciones). Lista de todos los ingresos en la misma línea que la persona recibe. Marque la casilla para determinar la frecuencia con la que es recibido. Registre cada ingreso solo una vez. Los ingresos brutos y la frecuencia con la que fue recibida. Ejemplos: \$100 / mensuales o \$100 / cada 2 semanas o \$100/ 2 veces por mes o \$100 / semana				Asistencia Pública/ Pensión Alimenticia/ Conyugal \$ 150	Pensiones/ Retiro				Otros ingresos									
		Semanal	Cada 2	2 Veces al	Mensual		Semanal	Cada 2	2 Veces al	Mensual		Semanal	Cada 2	2 Veces al	Mensual					
	\$ 200	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 150	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1.	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	\$	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	\$					\$					\$					\$				
7.	\$					\$					\$					\$				

Parte 5. ¿Desea recibir asistencia de Material Curricular? Si _____ No _____

Parte 6. FIRMA: Mi firma a continuación autoriza la divulgación de información sobre esta solicitud de asistencia material curricular. Yo renuncio a mi derecho de confidencialidad para este propósito solamente. La solicitud puede estar sujeta a auditoria por el estado de Indiana para determinar la elegibilidad del estudiante para materiales curriculares. La información de la solicitud puede ser compartida con la administración de la familia y servicios sociales de Indiana de acuerdo con I.C. 20-33-5-2 y I.C. 12-14-28-2, únicamente con el propósito de cumplir con 45 C.F.R. partes 260 y 265 y con el fin de identificar a los niños que pueden califique para un seguro de salud gratis o de bajo costo bajo Medicaid o Indiana Healthwise.

Certifico que soy el padre/guardián del niño (s) para quien se está haciendo la solicitud y autorizo la divulgación de la información para los delineados en la solicitud.

(Nombre en letras de imprenta)

XXX-XX-____
(últimos 4 dígitos de seguro social)

(Firma de adulto completando esta forma)

(Fecha)

School Use Only: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Not applicable

Parte 7. RAZA e IDENTIDAD ETNICA:

Opcional – No está obligado a contestar esta pregunta. Ningún niño será discriminado en contra de su raza, color, sexo, origen nacional, edad o discapacidad.

Raza (marque uno o más) :

- Asiático
- Negro o Africana Americana
- Indiana Americano o Nativa de Alaska
- Nativo de Hawái u otra de las Islas del Pacifico
- Blanco

Marque origen nacional

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Parte 8. Para información sobre seguro de salud de Hoosier Healthwise, llamar 1-800-889-9949.

PARA USO ESCOLAR – NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA

CONVERSION de INGRESOS ANUALES		INGRESOS SEMANALES X 52	
CADA 2 SEMANAS X 26	DOS VECES POR MES X 24	INGRESOS MENSUALES X 12	

DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

Elegibilidad de Ingresos: Tamaño Total del Hogar: _____ Ingreso Total:\$ _____ por: <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Anual	
O Elegibilidad Categórica: <input type="checkbox"/> Estampilla de Comida <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Escapio de Casa <input type="checkbox"/> Foster	
Determinación de Elegibilidad: <input type="checkbox"/> Aprobado Gratis <input type="checkbox"/> Aprobado a Precio Reducido <input type="checkbox"/> Negado	
Razón por negamiento: <input type="checkbox"/> Ingresos muy altos <input type="checkbox"/> Aplicación Incompleta <input type="checkbox"/> Otra (Razón) _____	
Firma del oficial determinando: _____ Fecha: _____	
Fecha retirada: _____	

VERIFICACION

Revisión de Confirmación oficial:	Aprobado basado en:	Resultados de Verificación:	Razón por el cambio:	Fecha de la notificación cambiada mandada: _____
Fecha de notificación mandado: _____	___ Estampilla de comida/Núm. de caso de TANF	___ Ningun Cambio	___ Ingresos: _____	Fecha de Cambio: _____
Fecha de respuesta de los familia: _____	___ Tamaño del hogar e ingresos	___ Gratis a Reducido	___ Tamaño del hogar _____	
Fecha de la segunda notificación mandada (o No Aplicable): _____	___ Otro	___ Gratis a pagar ___ Reducido a gratis ___ Reducido a pagar	___ Cambios en estampilla de comida/TANF ___ No hubo respuesta ___ Otro _____	

Solicitud de Apelación	Firma del Oficial Verificador: _____
Fecha de audiencia solicitada: _____	Fecha de Firma: _____
Decisión de la audiencia: _____	

Uso de la declaración de información: Esto explica cómo vamos a utilizar la información que usted nos da.

La información contenida en esta aplicación será usada para determinar la elegibilidad para materiales de asistencia curriculares bajo el código de 20-33. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar a su hijo para la asistencia de materiales curriculares. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro de la familia adulta que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son requeridos cuando usted se aplica en nombre de un niño adoptivo o usted lista un programa suplementario de asistencia nutricional (SNAP), asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) programa o programa de distribución de alimentos en India Reservas (FDPIR) número de caso u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto de la casa que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisiones de programas, y funcionarios del orden público para ayudarlos a investigar las violaciones de reglas del programa.