

ÉCOLES PUBLIQUES DE DENVER 720-423-5624 ou 720-423-5623

Demande du foyer pour l'accès aux avantages repas des élèves 2016-2017

(Ce formulaire ne peut être utilisé qu'en cas de participation aux programmes fédéraux de nutrition des enfants)
VEUILLEZ LIRE LA PAGE D'INSTRUCTION AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE.
 UTILISEZ DE L'ENCRE NOIR ET ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. UNE DEMANDE PAR FOYER.

1

Renseignements sur les élèves : Répertoriez tous les élèves qui fréquentent les ÉCOLES PUBLIQUES DE DENVER. Cochez la case Enfant adoptif pour tous les élèves qui relèvent de la responsabilité juridique d'un organisme de protection ou d'un tribunal.
 Si l'élève n'a PAS DE REVENU, vous DEVEZ cocher la case Pas de revenu. Si l'élève a un revenu, ajoutez l'élève à la section foyer ci-dessous et fournissez des renseignements sur le revenu.

H : Sans domicile
 M : Migrant
 R : En fugue

Enfant adoptif	Matricule élève	Prénom légal	2ePr.	Nom légal	Date de naissance	Classe	Nom de l'école	Cocher la case si pas de revenu	H	M	R
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	J J / M M / A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre source Admissibilité :
 Si l'un des élèves pour lesquels vous postulez est sans-abri (H), migrant (M) ou fugueur (R), cochez la case à gauche et appelez le service de liaison pour sans-abri des Ecoles publiques de Denver au 720-423-3024 ou au 720-423-3025

2

Programme d'assistance nutritionnelle complémentaire (SNAP) 7 chiffres / Programme de distribution alimentaire en faveur des réserves indiennes (FDPIR) / TANF (aide temporaire aux familles nécessiteuses) 7 chiffres. Indiquez le nom et le numéro de dossier de la personne qui bénéficie des prestations. (Entrez le nom et le numéro et passez à la partie 5. Signez la demande. Aucun numéro de sécurité sociale requis.)

Nom : Numéro dossier :

3

Répertoriez TOUS les autres membres du foyer non énumérés ci-dessus ET les élèves disposant d'un revenu

Le jour de paie, combien d'argent chaque personne a-t-elle reçu avant impôts ? Combien de fois chaque personne a été payée le mois dernier ?
 Tout champ de revenu laissé vide est une indication positive d'absence de revenu et certifie qu'il n'y a pas de revenu à déclarer.

Cocher la case si pas de revenu	Revenus du travail avant déductions ou du chômage	Remplir le cercle Fréquence ?		Paiements Bien-être, Pensions alimentaires pour enfants.	Remplir le cercle Fréquence ?		Pensions, retraite, sécurité sociale, SSI, avantages VA	Remplir le cercle Fréquence ?		Emploi 2 ou tout autre revenu	Remplir le cercle Fréquence ?	
		Mensuel	Toutes les 2 sem.		Mensuel	Toutes les 2 sem.		Mensuel	Toutes les 2 sem.		Mensuel	Toutes les 2 sem.
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 MEDICAID ET/OU PROGRAMME D'ÉTAT D'ASSURANCE MALADIE POUR ENFANTS (SCHIP)
 Les informations fournies dans la demande peuvent être partagées avec les bureaux Medicaid ou SCHIP en vue d'inscrire les enfants aux programmes ci-dessus. Vous n'êtes pas obligé de consentir à la divulgation de ces informations, et cela n'affectera pas l'admissibilité de votre/vos enfant(s) aux repas scolaires.
 Vos informations SERONT PARTAGÉES sauf si vous cochez la case ci-dessous.
 Veuillez ne PAS communiquer mes informations aux bureaux Medicaid ou SCHIP.

5

INDIQUEZ LE NOMBRE TOTAL DE MEMBRES DU FOYER (inclure les élèves de la section 1).

Je certifie (prends l'engagement) que toutes les informations contenues dans la présente demande sont exactes et que tous les revenus sont déclarés. Je comprends que l'école bénéficiera de fonds fédéraux en fonction des informations que je fournis. Je comprends que les responsables scolaires peuvent vérifier les informations sur la demande. Je comprends que si je donne sciemment de fausses informations, mon/mes enfant(s) peut/peuvent perdre leurs avantages relatifs aux repas et je peux faire l'objet de poursuites. Je comprends que le statut d'admissibilité de mon enfant peut être communiqué conformément à la loi.

N° sécurité sociale adulte du foyer (4 derniers chiffres) Cochez la case si vous ne disposez pas d'un numéro de sécurité sociale

6 LE MEMBRE ADULTE DU FOYER DOIT SIGNER ICI SIGNER ICI POUR LA DEMANDE ET ÉCRIRE ICI EN CARACT. IMPRIM. ÉCRIRE ICI EN CARACT. IMPRIM. POUR LA DEMANDE JJ/MM/AA Date d'aujourd'hui

Adresse Ville Code postal Téléphone principal

7 Identités raciales/ethniques des enfants (facultatif) Choisissez une ou plusieurs options (indépendamment de l'origine ethnique) : HISPANIQUE/LATINO NON HISPANIQUE/LATINO BLANC ASIATIQUE NOIR ou AFRO-AMÉRICAIN AMÉRINDIEN ou AUTOCHTAUNE de l'ALASKA NATIF D'HAWAII ou des AUTRES ÎLES DU PACIFIQUE