

HAMMOND ACADEMY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY

Solicitud alternativa de elegibilidad gratuita y reducida para el hogar para 2026-2027

Complete una solicitud por hogar. Utilice bolígrafo (no lápiz).

Requerido por el Consejo Estatal de Cuentas, Formulario escolar 521A/2026

Presente la solicitud en línea: [hammondacademy.org](https://hammondacademy.org)

Envíela a: HAST

Dirección: 33 Mueinuch Ct

Las instrucciones para cada paso, incluidos los ejemplos de ingresos, se encuentran en la página Carta a los padres e instrucciones.

PASO 1 Enumere TODOS los niños, bebés y estudiantes que asisten hasta el grado 12 inclusive. Adjunte otra hoja de papel si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niños de la casa. No olvide indicar los bebés, niños que asisten a otras escuelas, niños que no asisten a la escuela y los niños que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niños que no son parientes suyos en su hogar.

| Primer nombre del niño | Inicial del segundo nombre | Apellido del niño | Grado | Marque todas las opciones que correspondan. | Cuidado tutelar          | Inmigrante               | Fugitivo                 | Sin hogar                | Solo para estudiantes | Nombre del edificio de la escuela | Fecha de nacimiento | ¿Vive con padre/madre o con un familiar al cuidado? |                          |
|------------------------|----------------------------|-------------------|-------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|
|                        |                            |                   |       |                                             |                          |                          |                          |                          |                       |                                   |                     | Sí                                                  | No                       |
|                        |                            |                   |       |                                             | <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"/> |                       |                                   |                     | <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 ¿Participa algún miembro del hogar (incluido usted) en: SNAP o TANF?

NO ☐ → Vaya al PASO 3.

SÍ ☐ → Escriba aquí el número de caso y continúe con el PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO NÚMERO EBT):

Escriba solo el número de caso de 10 dígitos en este espacio.

PASO 3 Enumere TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de descontar impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no sea pariente, incluido usted).

Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada uno de los miembros del hogar enumerados, si reciben ingresos, informe sobre los ingresos brutos totales (antes de descontar impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en dólares enteros (sin céntimos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (Nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con qué frecuencia los recibe? |                          |                          |                          |                          | Asistencia pública, manutención de los hijos, pensión alimentaria | ¿Con qué frecuencia los recibe? |                          |                          |                          |                          | Pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de la VA, todos los demás ingresos | ¿Con qué frecuencia los recibe? |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                              |                      | Semanal                         | Cada 2 semanas           | 2 veces por mes          | Mensual                  | Anual                    |                                                                   | Semanal                         | Cada 2 semanas           | 2 veces por mes          | Mensual                  | Anual                    |                                                                                             | Semanal                         | Cada 2 semanas           | 2 veces por mes          | Mensual                  | Anual                    |
|                                                              | \$                   | <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"/>        | <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"/> | <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"/> | <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"/> |

Cantidad total de miembros del hogar (Niños y adultos)

Cuatro últimos números del número de seguro social de la persona que recibe el salario principal o de otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

Marque si no tiene número de seguro social ☐

B. Ingresos de los hijos

A veces los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de descontar impuestos y deducciones) percibidos por TODOS los niños enumerados en el PASO 1.

| Ingresos de los hijos | ¿Con qué frecuencia los recibe? |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | Semanal                         | Cada 2 semanas           | 2 veces por mes          | Mensual                  | Anual                    |
|                       | \$                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |  |                             |               |                     |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|-----------------------------|---------------|---------------------|-------------------------------|
| <b>PASO 4</b> Información de contacto y firma del adulto. <b>DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA ESCUELA DE SU HIJO:</b> 33 Muenich Ct.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |  |                             |               |                     |                               |
| La información de esta solicitud puede ser compartida con otras oficinas dentro del Departamento de Educación de Indiana, para ser utilizada en la determinación de <b>asignaciones de Título I, becas Choice y otras oportunidades de financiamiento</b> . Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa intencionalmente puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables. |        |  |                             |               |                     |                               |
| Nombre en letra imprenta de la persona adulta que firma el formulario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |  | Firma de la persona adulta: |               |                     | Fecha de hoy:                 |
| Dirección postal (si está disponible)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ciudad |  | Estado                      | Código postal | Teléfono (opcional) | Correo electrónico (opcional) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Opcional</b> Identidad racial y origen étnico de los niños. Esta información es confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974.                                                                                                                                                                               |  |
| Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. |  |
| <b>Origen étnico (marque una opción):</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza)<br><input type="checkbox"/> No hispano o latino                               |  |
| <b>Raza (marque una o más opciones):</b> <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco                                              |  |
| Devuelva este formulario completo a la escuela de su hijo. <b>*No envíe por correo, fax ni correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.</b>                                                                                         |  |

|                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                           |                          |                          |             |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|-------------|
| <b>DO NOT FILL OUT</b> For school use only.                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                           |                          |                          |             |             |
| Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed. |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                           |                          |                          |             |             |
| Total Income:                                                                                                                                                                                  | How often received?      |                          |                          |                          |                          | Household Size: | Categorical Eligibility <input type="checkbox"/> | Eligibility Determination |                          |                          | <div></div> | <div></div> |
|                                                                                                                                                                                                | Weekly                   | Every 2 Weeks            | 2x Month                 | Monthly                  | Annual                   |                 |                                                  | Free                      | Reduced                  | Denied                   |             |             |
|                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                                                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |             |             |
| For use at verification                                                                                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |                          |                 |                                                  |                           |                          |                          |             |             |
| <div></div>                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          | <div></div>              |                 | <div></div>                                      |                           |                          | <div></div>              |             |             |
| Confirming Official's Signature                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          | Date                     |                 | Verifying Official's Signature                   |                           |                          | Date                     |             |             |

Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo.