

Dirección de calle (si está disponible)	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día y correo electrónico
Nombre, en letra de imprenta, del adulto que completa el formulario			Firma del adulto que completa el formulario		Fecha de hoy

Por favor envíe la encuesta completa a: Servicios de Nutrición DCSD , 2812 N SH 85 , Edificio E , Castle Rock , CO 80129

Preguntas : llame a Susan Babineau Susan.Babineau@dcsdk12.org o 303-387-0368 .

PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO. NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA.	
Conversión de ingresos anuales: Por semana x 52; Cada 2 semanas x 26; 2 veces al mes x 24; por mes x 12	
Tipo de solicitud: <input type="checkbox"/> Ingresos totales del grupo familiar: \$ _____ Tamaño del grupo familiar: _____ Frecuencia de ingresos del grupo familiar: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año <input type="checkbox"/> Elegibilidad categórica - <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FPIR <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> En crianza temporal <input type="checkbox"/> Sin hogar/Migrante/Fugitivo/Head Start	Estado de la solicitud: Aprobada - <input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> Reducido Denegada - <input type="checkbox"/> Supera la pautas de ingresos <input type="checkbox"/> Incompleta/faltante: _____ Notas: _____
Firma del funcionario a cargo de la determinación: _____	Fecha de aprobación/denegación: _____
Notificación enviada: _____	