

Campbell Union School District

APPLICATION FOR FREE TRANSPORTATION 2018-2019

Please complete the application on the reverse side, sign the application, and return it to the Transportation Department along with the Transportation Application. **This application cannot be processed without the following information:**

- The name(s) of the child or children for whom you are applying for free benefits
- The name(s) and income of all other household members
- The signature of the child's or children's parent or guardian
- The Social Security number of the person who signed the application. If the person signing the application does not have a Social Security number, write "none" in the space provided.
- Verification – Supporting documents showing income **MUST** be submitted at time of application. Any application submitted without verification will be denied.
 - Earnings/Wages/Salary: Current paycheck stub or letter from employer on employer letterhead stating gross wages paid and how often paid
 - Social Security/Pension/Retirement: Social Security benefit letter or pension reward letter dated within 3 months
 - Unemployment compensation/Disability or Workers Compensation: Current copy of award letter or check stub
 - Welfare Payments: Benefit letter from Welfare Department dated within 3 months and containing current home address stating eligibility and amount of award
 - Child Support/Alimony: Court decree or agreement
 - All Other Income: If you have any other type of income, provide documents showing amount of income and how often it is received
 - Self Employment Income: Copies of bank statements for last 12 months and the last year's federal tax return
 - No Income: If you have no income, provide a brief note explaining how you provide food, clothing, and housing and when you expect an income. Include last years federal tax return. **ANY APPLICATION THAT IS ACCPETED WITH NO INCOME WILL ONLY BE ELIGIBLE FOR 1 SEMESTER**

NON-DISCRIMINATION — Children who receive free transportation must be treated in the same manner as those children who pay full price for their transportation.

CONFIDENTIALITY — Family size, household income, and Social Security number information will remain confidential and will not be shared for any purpose. Information you provide will determine your child(ren)'s eligibility to receive free transportation.

If you have any questions or need assistance in completing the application, please contact:

NAME: Chrissie Stevenson
ADDRESS: 240 N. Harrison Avenue
Campbell, CA 95008
TELEPHONE: (408) 341-7208

Sincerely,

Chrissie Stevenson

Transportation Manager

APPLICATION FOR FREE TRANSPORTATION

2018-2019

SECTION A. STUDENT INFORMATION: Complete this section by providing information for **all of the children** in your household.

STUDENT / CHILD INFORMATION			FOOD STAMP, CALWORKS, KIN-GAP, OR FDIPIR BENEFITS		FOR DISTRICT USE ONLY
LAST NAME	FIRST NAME	CURRENT SCHOOL (WRITE "N/A" IF NOT IN SCHOOL)	WRITE "YES" OR "NO"	IF "YES," WRITE CASE NUMBER BELOW	

**SECTION B. HOUSEHOLD MEMBERS AND MONTHLY INCOME:
INCOME TO REPORT**

<u>EARNINGS FROM WORK</u>	<u>WELFARE CHILD SUPPORT ALIMONY</u>	<u>PENSIONS RETIREMENT SOCIAL SECURITY</u>	<u>OTHER INCOME</u>
Wages, salaries and tips, strike benefits, unemployment compensation, workers' compensation, net income from self-owned business or farm	Public assistance payments, welfare payments, alimony, and child support payments	Pensions, supplemental security income, retirement payments, Social Security Income (SSI) (including SSI a child receives)	Disability benefits; cash withdrawn from savings; interest and dividends; income from estates, trusts, and investments; regular contributions from persons not living in the household; net royalties and annuities; net rental income; any other income

List **all adult household members**, regardless of whether or not they have income. Indicate the amount and source of monthly income each household member received last month. If any amount last month was more or less than usual, enter the usual monthly income. Also, enter any income received by or for a child from full-time or regular part-time employment, Social Security Income, or Adoption Assistance.

FULL NAME	GROSS MONTHLY EARNINGS FROM WORK (BEFORE DEDUCTIONS) INCLUDE ALL JOBS	PENSION, RETIREMENT, SOCIAL SECURITY	WELFARE BENEFITS, CHILD SUPPORT, ALIMONY PAYMENTS	ANY OTHER MONTHLY INCOME	FOR DISTRICT USE ONLY: TOTAL MONTHLY INCOME

SECTION C. I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of State funds, that school officials may verify the information on the application at any time, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and federal laws.

SIGNATURE OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER COMPLETING THIS FORM		TELEPHONE NUMBER ()	DATE
PRINTED NAME OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER WHO COMPLETED THIS FORM		SOCIAL SECURITY NUMBER (WRITE "NONE" IF N/A)	
MAILING ADDRESS			
CITY	ZIP CODE	TOTAL ADULTS AND CHILDREN IN HOUSEHOLD	
FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION			
<input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Denied			
Verification Official:		Date:	Follow up:

Distrito Escolar Unido de Campbell

SOLICITUD DE TRANSPORTE GRATUITO 2018-2019

Favor de completar la solicitud al reverso; firmela y devuélvala a la departamento de Transporte con la Solicitud de Transporte. **Esta solicitud no podrá procesarse sin la siguiente información:**

- El nombre del niño o niños para quien se soliciten los beneficios de transporte gratuito o con precio reducido
- Los nombres e ingresos de todos los miembros del hogar
- La firma del padre o tutor del niño o niños
- El número del Seguro Social de la persona que firma la solicitud. Si la persona que firma la solicitud no tiene número de Seguro Social, escriba “ninguno” en el espacio que se indica.
- Verificación – Los documentos de apoyo que muestran ingreso **DEBEN** presentarse en el momento de la solicitud. Cualquier aplicación entregada sin verificación será negada.
 - Ingresos/Sueldos/Salario: El talón de cheque de nómina actual o carta de la empresa en papel profesional de la empresa señalando los sueldos brutos pagados y su frecuencia
 - Seguro Social/Pensión/Retiro: Carta de beneficios del Seguro Social o carta que otorgue una pensión con una fecha dentro de tres meses.
 - Remuneración por desempleo/Incapacidad o Compensación de los Trabajadores. Copia de la carta actual de concesión o talón de nómina.
 - Pagos del Sistema de Asistencia Pública: Carta de beneficios del Departamento de Asistencia Pública con una fecha dentro de tres meses que señala la elegibilidad y la cantidad del pago
 - Sostén de Niños/Pensión Alimenticia: Decreto del tribunal o convenio
 - Todos los demás ingresos: Si tiene algún otro tipo de ingreso, entregue los documentos que muestren la cantidad del ingreso y con qué frecuencia se recibe
 - Ingreso por auto-empleo: Copias de los estados de cuenta bancarios de al menos 12 meses y la declaración federal de impuestos del año pasado
 - Sin ingresos: Si no tiene ningún ingreso, entregue una nota breve explicando cómo paga los alimentos, la ropa y la vivienda y cuándo espera tener un ingreso. Incluya su declaración federal de ingresos del año pasado. **CUALQUIER APLICACIÓN QUE SEA ACEPTADA SIN INGRESOS SOLO SERA ELEGIBLE POR UN SEMESTRE.**

NO SE PERMITE LA DISCRIMINACIÓN — Los niños que reciban transporte gratuito deben ser tratados de la misma manera que los niños que pagan el precio completo por su transporte.

CONFIDENCIALIDAD — La información sobre el tamaño de la familia, el ingreso del hogar y el número del Seguro Social permanecerá confidencial y no se compartirá con ningún fin. La información que proporcione determinará la elegibilidad de sus niños para recibir transporte gratuito.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, póngase en contacto con:

NOMBRE: Chrissie Stevenson
DIRECCIÓN: 240 N. Harrison Avenue
Campbell, CA 95008
TELÉFONO: (408) 341-7208

El distrito le notificará solamente si su solicitud ha sido aprobada para un precio reducido o si ha sido negada.

Atentamente,

Chrissie Stevenson

Gerente de Transporte

SOLICITUD DE TRANSPORTE GRATUITO

2018-2019

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: Complete esta sección dando información de todos los niños en su hogar.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / NIÑO			ESTAMPILLAS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPPIR		SÓLO PARA USO DEL DISTRITO
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	ESCUELA ACTUAL (ESCRIBA "N/A" SI NO ESTÁ EN LA ESCUELA)	"SÍ" O "NO"	DE SER "SÍ" ESCRIBA EL NÚMERO DE CASO ABAJO	

SECCIÓN B. MIEMBROS DEL HOGAR E INGRESO MENSUAL:

INGRESOS A REPORTAR

INGRESOS POR TRABAJO	PAGOS DE BIENESTAR SOSTÉN DE NIÑOS PENSIÓN ALIMENTICIA	PENSIONES RETIRO SEGURO SOCIAL	OTROS INGRESOS
Sueldos, salarios y propinas, beneficios por huelgas, compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, ingresos netos de un negocio o empresa agrícola propia	Pagos de asistencia pública, pagos de bienestar, pensión alimenticia y pagos de sostén de niños	Ingresos de pensión, suplementarios del seguro, pago de retiro, ingresos del seguro social (SSI) (incluyendo el SSI que recibe un niño)	Beneficios por incapacidad; dinero retirado de ahorros; intereses y dividendos; ingreso de herencias patrimoniales; fideicomisos y e inversiones; contribuciones regulares de personas que no vivan en el hogar; regalías y rentas vitalicias netas; ingreso por rentas neto y otro ingreso

Enumere **todos los miembros adultos del lugar**, sin importar si tienen o no ingreso. Indique la cantidad y fuente de ingreso mensual que cada uno de los miembros del hogar recibió el mes pasado. Si alguna cantidad en el mes pasado fue más o menos de lo usual, escriba el ingreso mensual usual. También escriba el ingreso recibido por o a nombre del niño por empleo regular de tiempo completo o de tiempo parcial, ingresos del Seguro Social y ayuda para Adopción.

NOMBRE COMPLETO	INGRESO MENSUAL BRUTO DEL TRABAJO (ANTES DE DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIÓN, RETIRO, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE BIENESTAR, SOSTÉN DE NIÑOS, PAGOS DE PENSIÓN ALIMENTICIA	OTROS INGRESO MENSUAL	SÓLO PARA USO DEL DISTRITO; INGRESO TOTAL MENSUAL

SECCIÓN C. Certifico que toda la información anterior es cierta y correcta y que se reportaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de dinero del Estado, que los funcionarios de la escuela podrán verificar la información de la solicitud en cualquier momento y que dar información deliberadamente falsa pudiera hacerme sujeto de procesamiento penal bajo las leyes estatales y federales aplicables.

FIRMA DEL MIEMBRO DEL HOGAR ADULTO QUE COMPLETÓ EL FORMULARIO	NÚMERO DE TELÉFONO ()	FECHA
NOMBRE IMPRESO DEL MIEMBRO DEL HOGAR ADULTO QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (ESCRIBA "NINGUNO" SI NO ES APLICABLE)	
DIRECCIÓN POSTAL		
CIUDAD	CÓDIGO ZIP	ADULTOS Y NIÑOS TOTALES EN EL HOGAR

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA – DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

<input type="checkbox"/> Gratuito	<input type="checkbox"/> Negada
Verificación Oficial:	Fecha: Seguimiento