

## **ALTERNATE INCOME VERIFICATION FORM**

Since your student attends a Community Eligible Program (CEP) school, income verification is needed to determine if your child could qualify for additional benefits related to school program eligibility. Please complete this form and return it to your child's school or mail it to the following address: **Healthy Meals Express Application Center, 9014 Brittany Way, Tampa, Florida, 33619.**

**Please list all your children's information below who live in your household and who attend school. Attach an additional sheet if entering more than six students.**

Date of Birth	Student First Name	Student Last Name	Student ID	Grade	School

**Address:** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_ **State** \_\_\_\_\_ **Zip** \_\_\_\_\_

### Income Guidelines – Effective from July 1, 2023 through June 30, 2024

Household Size (Circle One)	Estimated Annual Income (As Reported to IRS)	Monthly Income	If Paid Two Times A Month per mo.	If Paid Every Two Weeks	Weekly Income
-1-	26,973	2,248	1,124	1,038	519
-2-	36,482	3,041	1,521	1,404	702
-3-	45,991	3,833	1,917	1,769	885
-4-	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
-5-	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
-6-	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
-7-	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
-8-	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
For each additional family member add	+9,509	+793	+397	+366	+183

(A)	Enter your Total Monthly Household Income (include Wages, Salary, Payments such as Welfare, Child Support, Alimony, Pensions, Retirement, Worker's Compensation or other Monthly Income)	\$ _____
(B)	Is your family participating in the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (formerly food stamps) or Florida Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits? If so, please provide the name and 7-digit case number for the person who receives the benefits. <b>Name:</b> _____ <b>Case Number:</b> _____	
[C]	Is your family living in a federally subsidized public housing project or homeless?	Y    N
[D]	Do your children receive migrant, homeless, or runaway education services?	Y    N

**Certification: I certify that the above information is, to the best of my knowledge, true and complete.**

**Parent Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Date Received by School:** \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESO ALTERNO

Debido a que su estudiante asiste a una escuela del Programa Elegible de la Comunidad (CEP), la verificación de ingresos es necesaria para determinar si su hijo podría calificar para beneficios adicionales relacionados con la elegibilidad del programa escolar. Complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su estudiante o envíelo por correo a la siguiente dirección: Healthy Meals Express Application Center, 9014 Brittany Way, Tampa, Florida, 33619.

**Por favor, indique a continuación todos los datos de los niños que viven en su casa y que van a la escuela. Adjunte una hoja adicional si inscribe a más de cuatro alumnos.**

Fecha de nacimiento	Nombre	Apellido	ID del Estudiante	Grado	Campus

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### Guía de ingresos - Efectiva desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024

Tamaño del Hogar (Circule uno)	Ingreso Anual Estimado (Como reportado a la agencia IRS)	Ingreso Mensual	Si recibe su pago dos veces al mes	Si recibe su pago cada dos semanas	Ingreso Semanal
-1-	26,973	2,248	1,124	1,038	519
-2-	36,482	3,041	1,521	1,404	702
-3-	45,991	3,833	1,917	1,769	885
-4-	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
-5-	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251
-6-	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
-7-	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616
-8-	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799
Por cada miembro adicional de la familia añadida	+9,509	+793	+397	+366	+183

(A)	Introduzca el total de ingresos mensuales de su hogar (incluya sueldos, salarios, ayudas sociales, asistencia a menores, pensión alimenticia, pensiones, retiros, indemnizaciones laborales u otros ingresos mensuales).	\$	
(B)	¿Recibe su familia prestaciones del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) (antes cupones para alimentos) o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Florida? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe las prestaciones. <b>Nombre:</b> _____ <b>Número de caso:</b> _____		
[C]	¿Su familia vive en una vivienda pública con subsidio federal o no tiene hogar?	Si	No
[D]	¿Reciben sus hijos servicios educativos para inmigrantes, personas sin hogar o fugados?	Si	No

**Certificación: Certifico que la información anterior es, según mi conocimiento, cierta y completa.**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Date Received by School: \_\_\_\_\_