

**Return Completed Application to:** \_\_\_\_\_ *(Insert School Name & Mailing Address here)*

<b>Part 1: Children in School</b>				
List names of all children in school (First, Middle Initial, Last). If <u>all</u> children listed are foster, skip to Part 4 to sign the form. If some of the children are foster or are homeless, migrant or runaway children, complete all steps of the application.	Grade	Name of School Child Attends	Check all that apply:	
			Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
			<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"/>

**Part 2: Assistance Programs – SNAP, TANF or FDPIR Benefits**  
 Enter **MASTER CASE NUMBER** if household qualifies for SNAP, TANF or FDPIR:   
 (Social Security numbers, Medicaid numbers and EBT numbers are not accepted.) Skip to Part 4

**Part 3: Total Household Gross Income – You must tell us how much and how often.**

1. Household Members List <b>everyone</b> in the household, current income each person earns in <b>whole dollars</b> (no cents) & how often. Entering "0" or leaving the income field blank certifies no income to report. A foster child's <b>personal</b> use income must be listed.	2. Gross Income (before taxes) and How Often it was Received					
	Earnings from Work before deductions		Public Assistance, Child Support, Alimony		Pensions, Retirement and All Other Income	
	Income	How often	Income	How often	Income	How often
Total Number of Household Members: (Children and Adults) _____	Last four digits of Social Security Number (SSN) of the adult signing this form: XXX – XXX – _____			Check if no SSN <input type="checkbox"/>		

**Part 4: Adult Signature and Contact Information – An adult household member must sign the application.**  
*"I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws."*

Sign here: \_\_\_\_\_ Print name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Street Address (if available): \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Daytime Phone: \_\_\_\_\_

**Part 5: Children's Ethnic and Racial Identities – Optional**

**Check one Ethnic Identity:** – and – **Check one or more Racial Identities:**

Hispanic or Latino                       Asian                       Black or African American                       Native Hawaiian or other Pacific Islander  
 Not Hispanic or Latino                       White                       American Indian or Alaskan Native

**Do Not Fill Out the Section Below - For School Use Only**

Annual Income Conversion:      Weekly X 52;      Every 2 weeks X 26;      Twice a month X 24;      Monthly X 12

Total Household Size: \_\_\_\_\_

Total Income: \_\_\_\_\_ per  
 Year     Month     2 X Mo     Every 2 Wks     Week

<input type="checkbox"/> Free	<input type="checkbox"/> Reduced	<input type="checkbox"/> Denied
<input type="checkbox"/> Income	<input type="checkbox"/> Income	Reason for denial:
<input type="checkbox"/> Categorically eligible:		<input type="checkbox"/> Income too high
<input type="checkbox"/> SNAP/TANF/FDPIR		<input type="checkbox"/> Incomplete application
<input type="checkbox"/> Foster Child		
<input type="checkbox"/> Homeless/Migrant/Runaway:		
<i>(Official Documentation Required at School)</i>		

Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date Approved: \_\_\_\_\_

**FOR THE VERIFICATION PROCESS ONLY:**

Signature of Confirming Official: _____	Date Confirmed: _____	Date Withdrawn From School: _____
Signature of Verifying Official: _____	Date Verified: _____	

Devuelva la solicitud completada a: *(Escriba el nombre de la escuela, dirección postal aquí)*

**Parte 1: Niños que asisten a la escuela**

Indique el nombre de todos los niños que asisten a la escuela (primer nombre, inicial del segundo, apellido). Si todos los niños nombrados son niños en custodia, salte a la Parte 4 para firmar el formulario. Si algunos de los niños son niños en custodia o sin hogar, migrantes o refugiados, complete todos los pasos de la solicitud.	Grado	Nombre de la escuela a la que el niño asiste	Marque todas las que correspondan	
			Niño en custodia	Niño sin hogar, migrante o refugiado
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 2: Programas de asistencia: Beneficios de Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR)**

Indique el NÚMERO DE CASO MAESTRO (Master Case Number) en caso de que la familia califique para los programas SNAP, TANF o FDIPIR: (No se aceptan número de Seguro Social, número de Medicaid ni número de transferencia electrónica de beneficios [Electronic Benefit Transfer, EBT]). Pase a la Parte 4.

**Parte 3: Ingresos brutos totales de la familia (Debe informar el monto y la frecuencia)**

<b>1. Miembros de la familia</b> Indique el nombre de todos los miembros de la familia, el ingreso actual de cada uno en dólares, en números redondos (sin centavos) y la frecuencia con la que lo recibe. Ingresar "0" o dejar el campo de ingreso en blanco certifica que no existe ningún ingreso para informar. Debe incluirse el ingreso para uso personal del niño en custodia.	<b>2. Ingreso bruto (sin impuestos) y frecuencia con la que se recibió</b>					
	Ganancias de trabajo antes de las deducciones		Asistencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia		Pensiones, jubilación y demás ingresos	
	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia	Ingreso	Frecuencia

Número total de miembros de la familia: \_\_\_\_\_  
(Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del adulto que firma este formulario: XXX - XXX - \_\_\_\_\_

Marque esta opción si no hay SSN

**Parte 4: Firma del adulto e información de contacto - Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud.**

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que se han informado todos los ingresos. Comprendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y yo podría ser procesado en virtud de las leyes estatales y federales vigentes".

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección (si está disponible): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

**Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los niños (opcional)**

**Marcar una identidad étnica:** - y - **Marcar una o más identidades raciales:**

Hispano o latino  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

No hispano ni latino  Blanco  Indio americano o nativo de Alaska

**No complete la sección siguiente (Para uso escolar solamente)**

Conversión del ingreso anual: Semanal X 52    Cada 2 semanas X 26    Dos veces al mes X 24    Mensual X 12

Cantidad total de integrantes de la familia: \_\_\_\_\_

Ingreso total: \_\_\_\_\_ por

Año  Mes  Dos veces al mes  Cada dos semanas  Semana

Gratuitas  Reducidas  Rechazado

Ingreso  Ingreso

Elegible según categoría:

SNAP/TANF/FDIPIR  Ingreso demasiado elevado

Niño en custodia  Solicitud incompleta

Sin hogar/Migrantes/Refugiados:

*(Se requiere la documentación oficial en la Escuela)*

Firma del funcionario que determina: \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

**PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN SOLAMENTE:**

Firma del funcionario que confirma: \_\_\_\_\_ Fecha de confirmación: \_\_\_\_\_

Firma del funcionario que verifica: \_\_\_\_\_ Fecha de verificación: \_\_\_\_\_

Fecha de retiro de la escuela: \_\_\_\_\_