

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

Part 1: All Household Members (a household member is any child or adult living with you): All applicants should complete this part. List the name of each household member, the name of the school each child attends, and the child's grade. If the child is a foster child, check the box for foster child. If a household member has no income, check the box for no income. All household members, including foster children, should be included here. If you need additional space, attach a separate piece of paper.

If anyone in your household receives benefits from FoodShare, W-2 Cash Benefits, or the Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), follow these instructions.

Part 2: List the case number for one household member (adult or child) who receives FoodShare or W-2 Cash Benefits or FDPIR benefits.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Skip this part.

Part 5: Sign the form. You do not need to provide the last four digits of your Social Security Number.

Part 6: This question is optional. You can choose whether or not to provide ethnic and racial data.

If you are applying for a child who is homeless, a migrant or runaway, follow these instructions.

Part 2: Skip this part.

Part 3: Check the appropriate category and call [your school, homeless liaison, migrant coordinator].

Part 4: Skip this part.

Part 5: Sign the form. You do not need to provide the last four digits of your Social Security Number.

Part 6: This question is optional. You can choose whether or not to provide ethnic and racial data.

If you are applying for *only* foster child(ren), follow these instructions. You do not need to fill out a separate application for each foster child in your household. (If there are both foster children and non-foster children in your household, follow the instructions below for All Other Households).

If all children in the household are marked as foster children in Part 1:

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Skip this part.

Part 5: Sign the form. You do not need to provide the last four digits of your Social Security Number.

Part 6: This question is optional. You can choose whether or not to provide ethnic and racial data.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households and households with both foster children and non-foster children, follow these instructions:

Part 2: Skip this part.

Part 3: If any child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box and call [your school, homeless liaison, migrant coordinator]. If not, skip this part.

Part 4: Follow these instructions to report total household income from **this month or last month**.

- **Section 1—Name:** List all household members who have income.
- **Section 2—Gross Income and How Often It Was Received:** List the income for each household member. Check the box to tell us how often the person receives the income—weekly, every other week, twice a month, or monthly.
 - **Earnings from work:** List the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned *before* taxes and other deductions. You should be able to find it on your pay stub or your boss can tell you. Net income should *only* be reported for self-owned business, farm, or rental income.
 - **Welfare, Child Support, Alimony:** List the amount each person receives, and check the box to tell us how often.
 - **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), and disability benefits.** List the amount each person receives, and check the box to tell us how often they receive it.
 - **All Other Income:** List Worker's Compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received weekly, every other week, twice a month, monthly, quarterly, or annually. Do not include income from FoodShare, FDPIR, WIC, Federal education benefits and foster payments received by your family from the placing agency.
 - If you are in the Military Privatized Housing Initiative or get combat pay, do not include these allowances as income.

Part 5: An adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or write "none" if s/he doesn't have one). Writing "none" does **not** prevent your child(ren) from qualifying to receive free or reduced priced meals.

Part 6: This question is optional. You can choose whether or not to provide ethnic and racial data.

Free and Reduced Price School Meal Application

School Year 2011-2012

Instructions for Applying

Page 1 of 1

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS FAMILY APPLICATION

PART 1. ALL HOUSEHOLD MEMBERS				
Names of <u>all</u> people living in your household (First, Middle Initial, Last)	School the child attends, or indicate "NA" if household member is not in school	Grade	Check if a foster child (legal responsibility of welfare agency or court) if all children listed below are foster children, skip to Part 5 to sign this form.	Check if NO income
			<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"/>

PART 2. BENEFITS
<p>If <u>any</u> member of your household receives FoodShare, FDPIR or W-2 Cash Benefits, provide the name and case number for the person who receives benefits and skip to part 5. If no one receives these benefits, go to Part 3.</p> <p>NAME: _____</p> <p>CASE NUMBER: _____</p>

PART 3. HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY STATUS
<p>If any child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box and call [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]</p> <p>HOMELESS <input type="checkbox"/> MIGRANT <input type="checkbox"/> RUNAWAY <input type="checkbox"/></p>

PART 4. TOTAL HOUSEHOLD GROSS INCOME (before deductions). List all income on the same line as the person who receives it. Check the box for how often it is received. Record each income only once. If you provided a case number in Part 2, you do <u>not</u> need to provide income information.																
1. NAME (List only household members with income)	2. GROSS INCOME AND HOW OFTEN IT WAS RECEIVED															
	Earnings from work before deductions	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	Welfare, child support, alimony	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	Pensions, retirement, Social Security, SSI, VA benefits	Weekly	Every 2 Weeks	Twice Monthly	Monthly	All Other Income (indicate frequency, such as "weekly" "monthly" "quarterly" "annually")
<i>(Example) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / quarterly
\$		<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"/>	\$ /

PART 5. SIGNATURE AND LAST FOUR DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER (ADULT MUST SIGN)
<p>An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form also must list the last four digits of his or her Social Security Number or write "none" if you do not have a Social Security Number. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)</p> <p><i>I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted.</i></p> <p>Sign here: _____ Print name: _____ Date: _____</p> <p>Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____</p> <p>Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____</p> <p>Last four digits of Social Security Number (Write "None" if you do not have a Social Security Number): * * * - * * - _____</p>

PART 6. CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES (OPTIONAL)	
Choose one ethnicity:	Choose one or more (regardless of ethnicity):
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Black or African American
<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander

DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR SCHOOL USE ONLY.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____

Reason: _____

Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Your children may qualify for free or reduced price meals if your household income falls at or below the limits on this chart.

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a FoodShare, W-2 Cash Benefits or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Each additional person:	\$7,067	\$589	\$136

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. "In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD

Sección 1: Todos los Miembros de la Familia (**un miembro de la familia es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Escriba el nombre de cada miembro de la familia, el nombre de la escuela a la cual asiste cada niño y el grado de cada uno. Si el niño es un niño de crianza temporal, marque la casilla para niño de crianza temporal. Si un miembro de la familia no tiene ingreso, marque la casilla sin ingreso. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños de crianza temporal, deben ser incluidos aquí. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.

Si alguien en su familia recibe beneficios de **FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2, o del Programa de Distribución de Alimento en Reservas Indígenas (FDPIR)**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Detalle el número de caso para el miembro de la familia (adulto o niño) que recibe beneficios de FoodShare o Beneficios en Efectivo W-2 o FDPIR.

Sección 3: Omite esta parte.

Sección 4: Omite esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

Si presenta la solicitud por un niño que **está sin hogar, es migrante o se escapó de su hogar**, siga las siguientes instrucciones.

Sección 2: Omite esta parte.

Sección 3: Marque la categoría adecuada y llame a [**your school, homeless liaison, migrant coordinator**].

Sección 4: Omite esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Usted puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

Si presenta la solicitud **solamente** por uno o varios niño(s) de **crianza temporal**, siga las siguientes instrucciones. **No** necesita completar una solicitud separada para cada niño de crianza temporal en su familia. (Si hay niños de crianza temporal y niños que no son de crianza temporal en su familia, siga las instrucciones de abajo para Todas las otras Familias).

Si **todos** los niños en la familia son marcados como niños de **crianza temporal** en la **Sección 1:**

Sección 2: Omite esta parte.

Sección 3: Omite esta parte.

Sección 4: Omite esta parte.

Sección 5: Firme el formulario. **No** necesita proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

TODAS LAS OTRAS FAMILIAS, incluyendo familias de WIC y familias con niños tanto de crianza temporal como no de crianza temporal, siga las siguientes instrucciones:

Sección 2: Omite esta parte.

Sección 3: Si completa la solicitud para algún niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar marque la casilla apropiada y llame a [**your school, homeless liaison, migrant coordinator**]. De no ser así, omite esta parte.

Sección 4: Siga las siguientes instrucciones para informar el ingreso total de la familia en **este mes o el anterior**.

- **Sección 1–Nombre:** Detalle a todos los miembros de la familia que reciben un ingreso.
- **Sección 2 –Ingreso Bruto y Con qué Frecuencia se Recibió:** Detalle el ingreso de cada miembro de la familia. Marque la casilla para decirnos la frecuencia con la cual la persona recibe el ingreso—semanal, semana de por medio, dos veces al mes o mensual.
 - **Ingresos por Trabajo:** Detalle el **ingreso bruto**, no el pago neto. El ingreso bruto es el monto ganado *antes* de impuestos y otras deducciones. Debería poder encontrarlo en su talón de pago o su jefe puede decírselo. El ingreso neto *solo* debe ser informado si tiene su propio negocio, granja o ingreso por alquileres.
 - **Bienestar Social, Manutención Infantil, Pensión Alimenticia:** Detalle el monto que cada persona recibe y marque la casilla para informarnos la frecuencia.
 - **Pensiones, Retiro, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por discapacidad.** Detalle el monto que recibe cada persona, y marque la casilla para informarnos la frecuencia con la cual lo reciben.
 - **Otros Ingresos:** Detalle la Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba semanalmente, cada semana de por medio, dos veces al mes, mensual, trimestralmente o de forma anual. No incluya el ingreso de FoodShare, FDPIR, WIC, beneficios Federales de educación y pagos de crianza temporal recibidos por su familia de parte de la agencia de colocación.
 - Si está en la Iniciativa de Vivienda Privatizada para Militares o recibe un pago por combate, no incluya estos subsidios como ingreso.

Sección 5: Un miembro adulto de la familia debe firmar el formulario y detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social (o escribir "ninguno" si no lo tiene). Escribir "ninguno" **no** impide que su(s) hijo(s) califiquen para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Sección 6: Esta pregunta es opcional. Puede elegir si desea o no brindar información étnica o de raza.

SOLICITUD FAMILIAR PARA COMIDAS ESCOLARES GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

SECCIÓN 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR				
Nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Escuela a la que asiste el niño, o indique "NA" si el miembro de la familia no está en la escuela	Grado	<i>Marque si es un niño de crianza temporal (responsabilidad legal de la agencia de bienestar o corte.) Si todos los niños listados abajo son niños de crianza temporal, pase a la Sección 5 para firmar este formulario.</i>	Marque si NO tiene ingreso
			<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"/>

SECCIÓN 2. BENEFICIOS

Si algún miembro de su hogar recibe **FoodShare, FDPIR** o Beneficios **W-2 en Efectivo**, proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe beneficios y **pase a la Sección 5**. Si nadie recibe estos beneficios, avance a la Sección 3.

NOMBRE: _____

NÚMERO DE CASO: _____

SECCIÓN 3. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO

Si presenta la solicitud para un niño sin hogar, migrante o que se escapó del hogar, marque la casilla correspondiente y llame a [your school, homeless liaison, migrant coordinator at phone #]

SIN HOGAR MIGRANTE ESCAPADO

PARTE 4. INGRESO BRUTO TOTAL DEL HOGAR (antes de deducciones). Detalle todos los ingresos en la misma línea para la persona que los recibe. Marque la casilla para la frecuencia con la cual los recibe. Registre cada ingreso solo una vez. Si proporcionó un número de caso en la Sección 2, no necesita brindar información de ingreso.

1. NOMBRE (Liste solo los miembros del hogar con ingresos)	2. INGRESO BRUTO Y FRECUENCIA CON LA CUAL SE RECIBE															
	Ingreso por trabajo antes de deducciones	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Bienestar, Manutención Infantil, Pensión alimenticia	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, retiro, Seguridad Social, SSF, beneficios VA	Semana	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Todo Otro Ingreso (indique frecuencia, como "semanal", "mensual", "trimestral", "anual")
<i>(Ejemplo) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / trimestral
	\$	<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"/>	\$ /

SECCIÓN 5. FIRMA Y ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (DEBE FIRMAR UN ADULTO)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si se completa la Sección 4, el adulto que firma el formulario además debe detallar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social o escribir "ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social. (Ver la Declaración de Privacidad en el reverso de esta hoja.)

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basándose en la información que brindo. Comprendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si brindo información falsa de forma intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y yo puedo ser procesado.

Firme aquí: _____ Escriba el nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Celular: _____

Últimos cuatro dígitos del Número de Seguridad Social (Escriba "Ninguno" si no tiene un Número de Seguridad Social): * * * * - _____

SECCIÓN 6. IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

Elija una *etnia*:

Hispano/Latino No Hispano/Latino

Elija uno o más (sin importar la *etnia*):

Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Afro Americano

Blanco Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

NO COMPLETAR, SOLO PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice A Month x 24 Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Every 2 Weeks, Twice A Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____

Reason: _____

Temporary: Free _____ Reduced _____ Time Period: _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su hogar cae dentro o por debajo del límite en este cuadro.

Declaración de Privacidad: Explica cómo usaremos la información que nos brinda.

La ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell exige la información en esta solicitud. No tiene que brindar la información, pero si no lo hace, no podemos autorizar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando solicita en nombre de un niño de crianza temporal o da un número de caso de FoodShare, Beneficios en Efectivo W-2 o Programa de Distribución de Alimento en Reservas Indígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para su hijo o cuando indica que el adulto miembro del hogar que firma la solicitud no tiene número de seguridad social. Utilizaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y aplicación de los programas de almuerzo y desayuno. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, con auditores para revisiones de programa y con funcionarios de aplicación de la ley para ayudarles a investigar violaciones a las reglas del programa.

CUADRO DE INGRESO DE ELEGIBILIDAD FEDERAL para el Año Escolar 2011-2012

Tamaño de la Familia	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
1	\$20,147	\$1,679	\$388
2	\$27,214	\$2,268	\$524
3	\$34,281	\$2,857	\$660
4	\$41,348	\$3,446	\$796
5	\$48,415	\$4,035	\$932
6	\$55,482	\$4,624	\$1,067
7	\$62,549	\$5,213	\$1,203
8	\$69,616	\$5,802	\$1,339
Cada persona adicional:	\$7,067	\$589	\$136

Declaración de No Discriminación: Esto explica qué hacer si considera que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, o discapacidad.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratis al (866) 632-9992 (voz). Personas con discapacidad auditiva o del habla pueden contactar con USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.