

2017-18

*****USE BLACK OR BLUE INK AND PRINT NEATLY WITHIN BOXES*****

SECTION A: CHILDREN INFORMATION
 All Households Complete This Section. Enter all children's personal (earned) gross income, by amount, and how often received by placing a circle around the correct income codes: W=Weekly, E=Every 2 Weeks, T=Twice a Month, M=Monthly, Y=Yearly.
 Racial and Ethnic Identities (optional) 1. Circle one Ethnic Identity: N=Not Hispanic/Latino or H=Hispanic/Latino 2. Circle one or more racial identities: (Regardless of ethnicity) A=Asian, W=White, B=Black or African American, I=American Indian or Alaska Native, P=Native Hawaiian or other Pacific Islander

LAST NAME, FIRST NAME	Write "NONE" if not in school	GRADE	Date of Birth (Optional)	Circle One Ethnic Identity	Circle one or more Racial and Ethnic Identities (optional)	MARK "X" if Foster Child	Mark "X" if No Income	Child's Personal Earned Income	Source of Income (Work)?	Paid How Often? (Circle)	ENTER Benefit Type: CalFresh, CalWORKS, GAP, FDIPIR	ENTER Benefit Case Number
(1)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(2)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(3)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(4)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(5)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		

If the child you are applying for is Homeless, Migrant, or Runaway, contact the school and CIRCLE appropriate letter: H M R

SECTION B: ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS
 Enter Gross Income Under Each Income Type each Household Member Receives and "How Often" the income is received by using the following income codes: W=Weekly, E=Every 2 Weeks, T=Twice a Month, M=Monthly, Y=Yearly. If No Income, You MUST Mark the "No Income box." DO NOT Leave Blank.

Adult's Full Name (Do not repeat names from Section A)	MARK "X" if No Income	Gross Earnings from Work Before Deductions, Include All Jobs	Paid How Often?	Indicate Pay from Pensions, Retirement, Social Security, VA benefits	Income Source?	Paid How Often?	Welfare Benefits, Child Support, Alimony Payments	Income Source?	Paid How Often?	Any Other Income, Including Temporary Income	Income Source?	Paid How Often?	Enter Benefit Type: CalFresh, CalWORKS, Kin-GAP, FDIPIR	Enter Benefit Case Number
Richard, Larath	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 199.98	W	\$ 141.65	Pension	Y	\$ 99.99	Child Support	M	\$ 550.00	Rental Income	M		
(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
(3)	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
(4)	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				
(5)	<input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$			\$			\$				

SECTION C: CONTACT INFORMATION, CERTIFICATIONS, AND SIGNATURE
 Education Code 49557(a): Applications for Free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means. I certify (promise) 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 federal 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.

Printed name of adult household member completing this form: _____ Signature of adult household member completing this form: _____ Date: _____
 Last 4 digits of Social Security Number (SSN): _____ I do not have a SSN.

Street Address, Apt #, etc.: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Home Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____ E-mail Address: _____

Application Approved: _____ HSLD Size: _____ HSLD Annual Income: \$ _____
 DO NOT Write Below This Line For School Use Only!
 Determining Official's Signature & Date: _____
 Confirming Official's Signature & Date: _____
 Verification Official's Signature & Date: _____

Free based on:
 CalFRESH
 CalWORKS
 KinGap
 FDIPIR
 Direct Certification

Dented based on:
 Income Too High
 Incomplete

Reduced based on:
 Household Income

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

The USDA and the CDE are equal opportunity providers and employers

2017-18

Aplicación Gratis y de Precio Reducido (Completar una solicitud por hogar)

*****USE TINTA NEGRA O AZUL Y ESCRIBA CLARO EN CADA CAJA*****

SECCION A. INFORMACION DE LOS NIÑOS

Todos los hogares deben llenar esta sección. Escribir (ganado) los ingresos brutos de todos los niños personales, por la cantidad y la frecuencia mediante la colocación de un círculo alrededor de los códigos de ingresos correctos: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual. Identidad étnica y raza (opcional) 1. Círcula una identidad étnica: N = No Hispano / Latino o H = Hispano / Latino 2. Círcula uno o más de las identidades raciales: A = Asiático, W = Blanco, B = Negro o afroamericano, I = Nativo Americano o Nativo Alasca, P = Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico

APPELLIDO, PRIMER NOMBRE	ESCUELA (escriba "ninguno" si no está)	DATE OF BIRTH	Fecha de nacimiento (opcional)	Círculo una identidad étnica	Marque "X" si no hay de crianza ingreso	"X" si hijo hay ingreso	Ingreso Personal ganado de hijo	Fuente de Ingresos (trabajo?)	Pagado con qué frecuencia? (Círcula)	ESCRIBA Beneficio Tipo: CalFresh, CalWORKS, Kin-GAP, FDIPIR	ESCRIBA Beneficio Número del caso
(1)				N OR H	A W B P	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(2)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(3)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(4)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		
(5)				N OR H	A W B I P	<input type="checkbox"/>	\$		W E T M Y		

Si el niño que usted solicita es un niño sin hogar, o Fugitivo, póngase en contacto con la escuela y CIRCLE letra apropiada: H M R

Los hogares que presenten sus solicitudes con un Beneficio Número de caso para las estampillas de comida / CalWORKS para cada niño o un adulto del hogar, por favor vaya a la Sección C y completa.

Un hijo de crianza que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal, es elegible para recibir comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a los niños que no son de crianza temporal en el hogar.

SECCION B. TODOS LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Introduzca los ingresos bajo cada tipo de ingreso recibe cada miembro del hogar y con qué frecuencia ingreso se recibe mediante el siguientes códigos de ingreso: W = Semanal, E = Cada 2 semanas, T = dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual. Si no hay ingreso, debe marcar el "NO hay caja de ingresos." NO DEJAR EN BLANCO.

Adultos Nombre Completo (No repita los nombres de la sección A)	Marque X si no ingreso	Pagado ganancias del trabajo antes de deducciones, incluya todos los puestos de	Pagado con qué frecuencia	Indique pago de pensiones, jubilación, Seguro Social, beneficios de veteranos	Fuente de Ingresos	Pagado con qué frecuencia	Los beneficios con qué sociales, sustento de menores, pensión	Fuente de Ingresos	Pagado con qué frecuencia	Cualesquiera Ingresos Temporales	Fuente de Ingresos	Renta/Income	Ingreso Beneficio Tipo: CalFresh, CalWORKS, Kin-GAP, FDIPIR
Richard, Larath	<input type="checkbox"/>	\$ 199.98	W	\$ 141.65	Pension	Y	\$ 99.99	Child Support	M	\$ 550.00	M		
(1)	<input type="checkbox"/>	\$		\$									
(2)	<input type="checkbox"/>	\$		\$									
(3)	<input type="checkbox"/>	\$		\$									
(4)	<input type="checkbox"/>	\$		\$									
(5)	<input type="checkbox"/>	\$		\$									

SECCION C. INFORMACION DE CONTACTO, CUALIFICACIONES, Y FIRMA

La solicitud para las comidas gratis y de precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales, de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico (prometo) que toda la información es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en determinada en relación con la recepción de los fondos federales que las autoridades escolares pueden verificar la información de la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación de liberada de datos, me expone a ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre del miembro adulto del hogar que completa el formulario: _____ Fecha: _____
 Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (SSN): _____
 No tengo un número de Seguro Social.

Declaración de Información Federal en carta a los hogares

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono postal: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Application Approved: _____ HSLD Annual Income: \$ _____

- Free based on:
 - CalFRESH
 - CalWORKS
 - KinGap
 - FDIPIR
 - Direct Certification
 - Denied based on:
 - Income Too High
 - Incomplete
 - Reduced based on:
 - House/old Income
 - Zero Income
 - Foster Child Only
- Annual Income Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice A Month X 24, Monthly X 12