

Pricing Letter to Household and Instructions, Revised May 2019

TLC Charter School participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program by offering healthy meals every school day. Students may buy lunch for **\$3.25 and breakfast for \$2.00**. Eligible students may receive meals at the reduced-price rate of **\$0.40** for lunch and **\$0.30** for breakfast. Your children may qualify for free or reduced-price meals by completing the Application for Free and Reduced-Price Meals. You or your children do not have to be United States citizens to qualify for free or reduced-price meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application. For a simple and secure method to apply, use our online application at <https://family.titank12.com/>.

LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

QUALIFICATION

Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$ 889	\$ 445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$ 1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$ 1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388

Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$ 1,546
For each additional family member add	\$8,177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

APPLYING FOR BENEFITS

An application for free or reduced-price meals cannot be reviewed unless all required fields are completed. A household may apply at any time during the school year. If you are not eligible now, but your household income decreases, household size increases, or a household member becomes eligible for CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) benefits, you may submit an application at that time.

DIRECT CERTIFICATION

An application is not required if the household receives a notification letter indicating all children are automatically certified for free meals. If you did not receive a letter, please complete an application.

VERIFICATION:

School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to submit information to validate your income or current eligibility for CalFresh, CalWORKs, or FDPIR benefits.

WIC PARTICIPANTS

Households that receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) benefits, may be eligible for free or reduced-price meals by completing an application.

HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY, AND HEAD START

Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway, and children participating in their school's Head Start program are eligible for free meals. Please contact school officials for assistance at **211oc at 714-288-4007 or email info@211oc.org**.

FOSTER CHILD

The legal responsibility must be through a foster care agency or court to qualify for free meals. A foster child may be included as a household member if the foster family chooses to apply for their non-foster children on the same application and must report

any personal income earned by the foster child. If the non-foster children are not eligible, this does not prevent a foster child from receiving free meals.

FAIR HEARING

If you do not agree with the school's decision regarding your application's determination or the result of verification, you may discuss it with the hearing official. You also have the right to a fair hearing, which may be requested by calling or writing to the following: **Jessica Tunney at 657-284-5228 located at 1130 E. Walnut Ave., Orange, Ca 92867.**

ELIGIBILITY CARRYOVER

Your child's eligibility status from the previous school year will continue into the new school year for up to 30 operating days or until a new determination is made. When the carryover period ends, your child will be charged the full price for meals, unless the household receives a notification letter for free or reduced-price meals. School officials are not required to send a reminder or expired eligibility notices.

NONDISCRIMINATION STATEMENT

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at 800-877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Submit your completed form or letter to the USDA by (1) Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: 202-690-7442; or (3) Email: program.intake@usda.gov.

HOW TO APPLY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS

Complete one application per household. Please print clearly with a pen. Incomplete, illegible, or incorrect information will delay processing.

1. **STUDENT INFORMATION**—Include **all students** who attend TLC Public Charter School. Print their name (first, middle initial, last), school, grade level, and birthdate. If any student listed is a foster child, check the **Foster** box. If you are only applying for a foster child, complete STEP 1, and then continue to STEP 4. If any student listed may be homeless, migrant, or runaway, check the applicable **Homeless, Migrant, or Runaway** box and complete all **STEPS** of the application.
2. **ASSISTANCE PROGRAMS**—If **any** household member (child or adult) participates in CalFresh, CalWORKs, or FDPIR, then all children are eligible for free meals. Must check the applicable assistance program box, enter one case number, and then continue to STEP 4. If no one participates, skip STEP 2 and continue to STEP 3.
3. **REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS**—Must report **gross** income (before deductions) from **all** household members (children and adults) in whole dollars. Enter **0** for any household member that does not receive income. Report the combined **gross** income for all students listed in STEP 1 and enter the appropriate pay period. Include a foster child's income if you are applying for foster and non-foster children on the same application.

Print the names (first and last) of **all other** household members not listed in STEP 1, including yourself. Report the total **gross** income from each source and enter the appropriate pay period.

Enter the total household size (children and adults). This number **must** equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.

Enter the last four digits of your Social Security number (SSN). If no adult household member has a SSN, check the **NO SSN** box.

4. **CONTACT INFORMATION AND ADULT SIGNATURE**—The application must be signed by an adult household member. Print the name of the adult signing the application, contact information, and today's date.

OPTIONAL- CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES

This field is optional to complete and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals. Please check the appropriate boxes.

INFORMATION STATEMENT

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 SSN of the adult household member who signs the application. The last four digits of the SSN are not required when you list a CalFresh, CalWORKs, or 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 an SSN by selecting the checkbox. 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.

QUESTIONS OR ASSISTANCE

Please contact Marce Garcia Karsli or Leslie Lopez at 657-284-5228.

SUBMIT

Please submit a complete application to your child's school. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

Sincerely,

Marce Garcia-Karsli

School Year 2019-2020 TLC Public Charter School Application for Free and Reduced-Price Meals Complete one application per household.

Please read the instructions on how to apply. Print clearly with a pen. This institution is an equal opportunity provider.

California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal 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.

STEP 1 – STUDENT INFORMATION

Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless, Migrant, or Runaway** are eligible for free meals.

Print the name of EACH STUDENT (First, Middle Initial, Last)	Enter school name and grade level		Enter student's birthdate	Check the applicable box if the student is foster, homeless, migrant, or runaway.			
				Foster	Homeless	Migrant	Runaway
EXAMPLE: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	<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"/>

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDIPIR? **If NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If YES , check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	Select Program Type:		Enter Case Number:
	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	

STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'YES' in STEP 2)

A. STUDENT INCOME: Sometimes students in the household earn income. Enter the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Total Student Income	How Often

B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself): List **ALL** household members not listed in STEP 1, **even if they do not receive income**. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Print the name of ALL OTHER Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often			
							\$		
	\$			\$			\$		
	\$			\$			\$		
	\$			\$			\$		

C. Total Household Members (Children and Adults)

D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member **Check the box if NO SSN**

STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE

Certification: 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.

Signature of adult completing this application: _____

Print Name: _____

Date: _____ Phone Number: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

E-mail: _____

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income \$
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	
Total Household Size <input type="text"/> <input type="text"/>	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature: _____	Date: _____
Confirming Official's Signature: _____	Date: _____
Verifying Official's Signature: _____	Date: _____

OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one):

Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Race (check one or more):

American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American
 Native Hawaiian or other Pacific Islander White

Estimado Padre o Tutor:

TLC Charter School participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o en el Programa de Desayuno Escolar que ofrece comidas nutritivas todos los días en la escuela. Los estudiantes pueden comprar el **almuerzo por \$3.25** y el **desayuno por \$2.00**. Los estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratuitas o a un precio reducido de **\$0.40** por el almuerzo y **\$0.30** por el desayuno. Usted o su niño no necesitan ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido. Si hay más miembros en el grupo familiar que el número de líneas en la solicitud, adjunte una segunda solicitud. Para un método simple y seguro de aplicar, use nuestra aplicación en línea en <https://family.titank12.com/>.

CARTA PARA EL GRUPO FAMILIAR SOBRE LAS COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

CALIFICACIÓN

Su niño puede calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso de su grupo familiar se ubica en el nivel o está por debajo del nivel de los Lineamientos Federales de Elegibilidad por el Ingreso.

Tamaño del grupo familiar	Año	Mes	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semana
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546

Por cada miembro familiar adicional añada	\$8,177	\$682	\$341	\$315	\$158
---	---------	-------	-------	-------	-------

SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS

La solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido solo puede ser revisada si todos los campos requeridos fueron completados. El grupo familiar puede hacer la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero el ingreso de su grupo familiar disminuye, el tamaño del grupo familiar incrementa, o un miembro del grupo familiar pasa a ser elegible para los beneficios de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) [Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California], o el Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) [Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas], puede consignar una solicitud en ese momento.

CERTIFICACIÓN DIRECTA

No se requiere una solicitud si el grupo familiar recibe una carta de notificación que indique que todos los niños están automáticamente certificados para comidas gratuitas. Si usted no recibió una carta, por favor, complete la solicitud.

VERIFICACIÓN:

Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir que consigne información para validar su ingreso o su elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR.

PARTICIPANTES WIC

Los grupos familiares que reciben los beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC), pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido completando una solicitud.

DESAMPARADOS, MIGRANTES, QUE HUYEN DE CASA, Y HEAD START

Los niños que satisfacen la definición de desamparados, migrantes, o que huyen de casa, y los niños que participan en los programas Head Start en sus escuelas son elegibles para comidas gratuitas. Por favor, contacte a los funcionarios de la escuela para recibir asistencia al **211oc at 714-288-4007 or email info@211oc.org**.

NIÑOS EN HOGARES DE ACOGIDA

La responsabilidad legal debe ser a través de la agencia de cuidado de acogida o del tribunal para calificar para las comidas gratuitas. Un niño en cuidado de acogida puede ser incluido como miembro de un grupo familiar si la familia de acogida elige hacer la solicitud para sus niños que no son de acogida en la misma solicitud y deben reportar cualquier ingreso personal devengado por el niño en hogares de acogida. Si los

niños que no son de acogida no son elegibles, esto no impide que el niño en hogares de acogida reciba comidas gratuitas.

AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela en relación con la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el oficial de la audiencia. Usted también tiene derecho a una audiencia justa, que puede ser solicitada llamando o escribiendo a la siguiente dirección: **Jessica Tunney at 657-284-5228 localización 1130 E. Walnut Ave., Orange, Ca 92867**

TRASPASO DE ELEGIBILIDAD

El estatus de elegibilidad de su niño del año escolar previo continuará en el año escolar nuevo hasta por 30 días operativos o hasta que se realice una nueva determinación. Cuando el periodo de traspaso finaliza, se cobrará a su niño el precio completo de las comidas, salvo que el grupo familiar reciba una carta de notificación para las comidas gratuitas o a precio reducido. Los funcionarios de la escuela no están obligados a enviar recordatorios ni notificaciones de expiración de la elegibilidad.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, y empleados, y las instituciones que participan o que administran programas del USDA tienen prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, discapacidad, edad, o tener represalias o retaliaciones por actividades de derechos civiles previas en cualquier programa a actividad administrado o que recibe fondos del USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, impresión en letras grandes, cintas de audio, Lenguaje de Señas Americano, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) cuando soliciten los beneficios. Las personas que son sordas, con dificultades de audición, o que tienen discapacidad del habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al 800-877-8339. Adicionalmente, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas distintos al inglés.

Para interponer un reclamo al programa por discriminación, complete el Formulario de Reclamo al Programa por Discriminación del USDA, (AD-3027) que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y entregue en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario completado o la carta al USDA mediante (1) Servicio de Correos: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights [Oficina del Secretario Asistente de Derechos Civiles], 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: 202-690-7442; o (3) Correo Electrónico: program.intake@usda.gov.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Complete una solicitud por grupo familiar. Por favor, escriba con letra de imprenta legible con un bolígrafo. Información incompleta, ilegible, o incorrecta puede demorar el procesamiento.

1. **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** – Incluya a **todos los estudiantes** que asisten a **TLC Public Charter School**. Escriba sus nombres (primero, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado, y fecha de nacimiento. Si un estudiante en la lista es un niño en cuidado de acogida, marque

la casilla de **Hogar de Acogida**. Si está haciendo la solicitud solamente para un niño en cuidado de acogida, complete el PASO 1, y luego avance al PASO 4. Si un estudiante en la lista puede ser considerado como desamparado, migrante, o que huye de casa, marque la casilla aplicable de **Desamparado, Migrante, o que Huye de Casa** y complete todos los **PASOS** de la solicitud.

- PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si **cualquiera** de los miembros del grupo familiar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs, o FDPIR, entonces todos los niños son elegibles para comidas gratuitas. Debe marcar la casilla del programa de asistencia aplicable, indicar el número de un caso, y luego avanzar al PASO 4. Si nadie participa, omita el PASO 2 y avance al PASO 3.
- REPORTAR EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR** – Debe reportar el ingreso **bruto** (antes de las deducciones) de **todos** los miembros del grupo familiar (niños y adultos) en dólares sin céntimos. Indique **0** para los miembros del grupo familiar que no reciben ingresos. Reporte el ingreso **bruto** combinado para todos los estudiantes en la lista del PASO 1 e indique el periodo de pago apropiado. Incluya el ingreso del niño en cuidado de acogida si usted está incluyendo en la solicitud niños en cuidado de acogida con niños que no son de acogida en la misma solicitud.

Escriba los nombres (primer nombre y apellido) de **todos los otros** miembros del grupo familiar que no están en la lista del PASO 1, inclusive usted. Reporte el ingreso **bruto** total de cada fuente e indique el periodo de pago apropiado.

Indique el tamaño del grupo familiar completo (niños y adultos). Este número **debe** ser igual a los miembros del grupo familiar en la lista desde el PASO 1 hasta el PASO 3.

Indique los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social (SSN). Si ningún miembro del grupo familiar adulto tiene SSN, marque la casilla **NO SSN**.

- INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO** – La solicitud debe estar firmada por un adulto miembro del grupo familiar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, la información de contacto, y la fecha de hoy.

OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS

Es opcional completar este campo y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos. Por favor, marque las casillas apropiadas.

DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Ley de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precio reducido para su niño. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del SSN del adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud. No se requieren los últimos cuatro dígitos del SSN cuando se indica un número de caso de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR u otro identificador FDPIR para su niño o cuando usted indica que el adulto miembro del grupo familiar que firma la solicitud no tiene un SSN mediante la selección de la casilla correspondiente. Usaremos su información para determinar si su niño es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

PREGUNTAS O ASISTENCIA

Por favor, contacte a la escuela al Marce Garcia Karsli o Leslie Lopez at 657-284-5228.

CONSIGNACIÓN

Consigne la solicitud completada en la escuela de su niño. Recibirá una notificación sobre si su solicitud fue aprobada o denegada para las comidas gratuitas o a precio reducido.

Atentamente,

Marce Garcia- Karsli

Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (federal National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".
Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, y los que cumplen con la definición de sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

Primer nombre del menor	Inicial	Apellido del menor	Estudiante en esta Escuela? Y N	Bajo cuidado adoptivo temporal Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			<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"/>

Marque todos los pertinentes

PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **SÍ** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) CalFresh CalWORKs FDIPIR **Número de caso:** _____
 Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Declare los ingresos de TODOS los miembros del hogar (sáltese este paso si respondió que 'Sí' en el PASO 2)

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**. La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

A. Ingresos de los menores
En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)
Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos que declarar.

Ingresos totales de los menores	¿Frecuencia?			
	Semanal/mes	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos	¿Frecuencia				
		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente	
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tiene SSN →

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección No. de departamento Ciudad Estado Código postal Teléfono o correo electrónico Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario Firma del adulto que llenó este formulario Fecha de hoy

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores **Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.
 Identidad étnica (marque una): Hispano o latino No hispano o latino | Raza (marque una o más): Asiático Indígena americano o nativo de Alaska Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. ES PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE.

Total Household Members <input type="text"/>	Total Household Income <input type="text"/>	How often?					Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Paid (Denied) Reason: _____	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Categorical <input type="checkbox"/> Error Prone
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly			
		Annual Income Conversion							
		Weekly x52 Bi-Weekly x26 Twice Per Month x24 Monthly x12							
Determining Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Confirming Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Verifying Official <input type="text"/>	Date <input type="text"/>				