

Part 1: Children in School

List names of all children, including foster children, in school. If all children listed are foster, skip to Part 4 to sign the form. (First, Middle Initial, Last Name)	Check box below if a foster child.	Name of School Child Attends	Grade
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

Part 2: 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 Names List everyone in household <u>and</u> the income each earns & how often OR check the box at the right if they have no income. A foster child's personal use income must be listed.	2. Gross Income and How Often it was Received								3. Check if NO income
	Earnings from Work before deductions		Welfare, Child Support, Alimony		Pensions, Retirement, Social Security, SSI, VA Benefits, Disability		All Other Income (Self Employment)		
	Income	How often	Income	How often	Income	How often	Income	How often	
									<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 4: Signature and Social Security Number (Adult Must Sign)

An adult household member must sign the application. If Part 3 is completed, the adult signing the form must list the last four digits of their Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on page 2)
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.

Sign here: _____ Print name: _____ Date: _____
 Address: _____ Zip _____ Phone Number: _____
 Social Security Number (last 4 digits): XXX – XX – _____ I do not have a Social Security Number

Part 5: Children's Ethnic and Racial Identities (Optional)

Mark one Ethnic Identity: -- and -- **Mark 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 Alaska Native

Do Not Fill Out This Part. 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 _____ Free Temporary Approval for Zero income Until: _____
 Total Income \$ _____ per _____ Reduced Results of Follow-up (45 days or less): _____
 Year Month 2 X Mo. Every 2 Wks Week Follow-up Signature _____ Date: _____
 Categorically Eligible: SNAP/TANF/FDPIR Denied Reason for Denial: _____
 Foster Child Income too high Incomplete App. Date Withdrawn from School: _____
 Signature of Determining Official _____ Date Approved: _____
 Signature of Confirming Official (Verification only) _____ Date Confirmed: _____

Parte 1: Niños en la Escuela

Escriba los nombre de todos los niños, incluyendo a los niños adoptivos, en la escuela. Si todos los niños incluidos son hijos adoptivos, pase a la Parte 4 a firmar el formulario. (Nombre, Inicial, Apellido)	Marque la casilla de abajo si el niño es adoptado.	Nombre de la Escuela que su Hijo Asiste	Grado
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

Parte 2: Beneficios de SNAP, TANF o FDPIR

Ingrese el **NUMERO PRINCIPAL** del CASO si el hogar califica para SNAP, TANF o FDPIR:
 (Números de Seguro Social, números de Medicaid y números de EBT no se aceptan.) Pase a Parte 4

Parte 3: Total de Ingreso Bruto del Hogar – Debe decirnos cuanto es y con qué frecuencia.

1. Nombres de Miembros del Hogar Incluya a todos en el hogar y el ingreso que cada uno gana y con qué frecuencia O marque la casilla a la derecha si no tienen ingresos. El ingreso de uso personal de un hijo adoptivo debe ser incluido.	2. Ingreso Bruto y Con Qué Frecuencia es Recibido								3. Marque la casilla si NO hay ingreso
	Ganancias del trabajo antes de las deducciones		Welfare, Manutención de los hijos, Pensión Alimenticia		Pensiones, Jubilación, Seguro Social, SSI, Beneficios VA, Beneficios de Discapacidad		Otros Ingresos (Trabajo por Cuenta Propia)		
	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	Ingreso	Con que frecuencia	
									<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 4: Firma y Numero de Seguro Social (El Adulto Debe Firmar)

Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Si la Parte 3 se ha completado, el adulto que firma la solicitud deberá anotar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo Número de Seguro Social". (Vea el Acta de Privacidad en página 2) Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que doy. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de alimentos y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aquí: _____ Escriba su nombre : _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Código Postal _____ Número de Teléfono: _____

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): XXX – XX – _____ No tengo Número de Seguro Social

Parte 5: Identidades étnicas y raciales de los Niños (Opcional)

Marque una Identidad Étnica: -- y -- **Marque una o más de las Identidades Raciales:**

Hispano o Latino Asiático Negro o Afro-Americano Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico

No Hispano o Latino Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska

No Escriba en Esta Área. Solo Para Uso Escolar.

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

Total Household Size _____ Free

Total Income \$ _____ per _____ Temporary Approval for Zero Income Until: _____

Year Month 2 X Mo. Every 2 Wks Week Reduced

Results of Follow-up (45 days or less): _____

Categorically Eligible: SNAP/TANF/FDPIR Denied Reason for Denial: _____

Foster Child Income too high Incomplete App. Follow-up Signature _____ Date: _____

Date Withdrawn from School: _____

Signature of Determining Official _____ Date Approved: _____

Signature of Confirming Official (Verification only) _____ Date Confirmed: _____