

Palermo Union School District

**APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS OR FREE MILK FOR (2011-12)**

Please complete, sign, and return this application to the school. For additional instructions refer to the *Letter to Households that is attached to this form.*

**SECTION A. HOUSEHOLDS RECEIVING CalFresh (Food Stamp), CalWORKs, Kin-GAP, and/or FDIPIR :**

1. List your children that receive the above mentioned benefits and their case number(s):

LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL / GRADE	CASE NUMBER
		/	
		/	
		/	
		/	

**Foster Child:** Child Nutrition Reauthorization 2010 extends categorical eligibility for free meals, without further application, to any foster child whose care and placement is the responsibility of the State or who is placed by a court with a caretaker. A foster child can be listed as a household member along with non-foster children.

2. If you do **not** receive CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR benefits for **each** child in your household, go to Section B. **Otherwise, sign the application in SECTION C.**

**SECTION B. HOUSEHOLDS NOT RECEIVING Cal Fresh (Food Stamp), CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR:**

1. A foster child can be listed as a household member along with non-foster children. The foster child is certified for free meals. Note: The presence of a foster child in the household does **NOT** extend eligibility for free meals to all children in the household in the same manner as CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR participation does. An eligibility determination is made for other household children based on the household's income. Foster payments are not included in the household income.

2. List the names of the school children in your household who **do not** receive CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR benefits.

LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL / GRADE	INCOME
		/	
		/	
		/	
		/	

3. List the names of other children in the household that are **not** in school:

LAST NAME	FIRST NAME	LAST NAME	FIRST NAME

**SECTION C. ADULT HOUSEHOLD MEMBERS:** List all adult household members, regardless of income. Indicate amount and source of **monthly income each** household member received last month. If amount(s) last month were more or less than usual, enter the usual monthly income. Do not complete this section if a CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, or FDIPIR case number is provided for each child listed in Section A.

LAST NAME	FIRST NAME	GROSS EARNINGS FROM WORK (BEFORE DEDUCTIONS) INCLUDE ALL JOBS	PENSION, RETIREMENT, SOCIAL SECURITY	WELFARE BENEFITS, CHILD SUPPORT, ALIMONY PAYMENTS	ANY OTHER MONTHLY INCOME	FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME
1. _____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. _____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. _____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
4. _____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

<b>FOR SCHOOL USE ONLY – Eligibility Determination</b>				Year Track:	
HOUSEHOLD SIZE:		HOUSEHOLD INCOME:		2 <sup>nd</sup> Review:	
Free	Reduced-Price	Denied	Direct Certified as: H M R		EP <input type="checkbox"/>
Temporary Free Until (45 calendar days from date of determination):					
Determining Official:			Date:		
Verification Official:			Date:		Follow-up:

**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 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.

**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 if you list a CalFresh, CalWORKs, or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDIPIR 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.

*I certify that all of the information provided 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, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.*

SIGNATURE OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER COMPLETING THIS FORM		LAST 4 DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER:	
X		WRITE "NONE" IF CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR OR NO SS#:	
PRINT NAME OF ADULT SIGNING THIS APPLICATION			DATE
MAILING ADDRESS			
CITY			ZIP CODE
HOME TELEPHONE		WORK TELEPHONE	

**SECTION D. CHILDREN'S RACIAL AND ETHNIC IDENTITIES (Optional):**

1. Mark one or more racial identities:

- American Indian or Alaska Native     Black or African American     Asian     Native Hawaiian or Other Pacific Islander     White

2. Mark one ethnic identity:

- Of Hispanic or Latino Origin     Not of Hispanic or Latino Origin

Districto Escolar de la Unión de Palermo  
**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS  
 Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS EN EL AÑO 2011-12**

Por favor, llene, firme, y regrese esta solicitud a la escuela. Si necesita más ayuda con esta solicitud, refírase a la Carta A Los Padres atada a esta forma.

**SECCIÓN A.** Solamente hogares que reciben CalFresh (Estampillas para Comida), beneficio de CalWORKs, Kinship Guardian Assistance Payments (KinGAP), o participan en el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y sus números de caso.

1. Escriba los nombres de los niños que reciben CalFresh, beneficios de CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR:

APPELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA/GRADO	NÚMERO DEL CASO

**Un Niño Adoptivo:** Reautorización de la nutrición del niño, 2010, extiende la categoría de elegibilidad para comidas gratis a una solicitud adicional, para cualquier niño adoptivo que su cuidado y colocación mantenga la responsabilidad del Estado o que sea colocado por una corte con una persona que lo cuida.

2. Siiga con la Sección B si no recibe CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, para cada niño en su hogar. Si no, firme la solicitud en la Sección C.

**SECCIÓN B. Para los hogares no recibe CalFresh (Estampillas para Comida), CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR**

1. Un niño adoptivo puede ser anidado conjuntamente con niño no adoptivo. El niño adoptivo es certificado para comida gratis. Aviso: La presencia de un niño adoptivo en el hogar NO extiende la elegibilidad de comida gratis a todos los niños en el hogar en la misma manera como los participantes de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR. Una determinación de elegibilidad es hecha para otros niños del hogar basado en los ingresos del hogar. Pagos por niños adoptivos no son incluidos en los ingresos del hogar.

2. Escriba los nombres de los niños en su hogar que están en la escuela y que no reciben CalFresh, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR.

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	ESCUELA/GRADO	INGRESOS

3. Escriba los nombres de los niños en su hogar que no están en la escuela:

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE

**SECCIÓN C.** Todos los hogares haciendo solicitud lean esto y firmen abajo. Escriba los nombres de todos los miembros adultos del hogar y indique la cantidad y el origen del ingreso que cada miembro recibió el mes pasado. Si esto no refleja correctamente su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual, proyecte su ingreso mensual. Firme la solicitud en la sección C del caso de CalFresh (Estampillas para Comida), CalWORKs, Kin-GAP o FDPIR.

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJO (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, O AYUDA ECONOMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE TOTAL MONTHLY INCOME
		\$	\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$	\$

Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE - FOR SCHOOL USE ONLY				Year Track:	
HOUSEHOLD SIZE:	HOUSEHOLD INCOME:			2 <sup>nd</sup> Review:	
Free	Reduced-Price	Denied	Direct Certified as:	H	M
Temporary Free Until (45 calendar days from date of determination):				R	EP
Determining Official:	Date:	Verification Official:	Date:		

**Sección 49557(a)** del Código de Educación de California: Usted puede someter una solicitud para las comidas gratis o a precio reducido en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

**Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provee.**

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Usted debe incluir los nombres y el número de Seguro Social de cualquier niño que está solicitando para un hijo de crianza o usted anota el número de caso de Cupones para Alimentos Oportunidades de trabajo de California y la responsabilidad a los niños (CALWORKS), o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), asignados a los niños para los cuales está solicitando. Tampoco es necesario proveer el número de Seguro Social si usted indica que el miembro adulto del hogar que firmó la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Nosotros usaremos su información para evaluar si sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para hacer cumplir con las reglas del programa. Nosotros podemos usar esa información para evaluar, iniciar o determinar beneficios, con auxilios que revisan para ayudar a esos programas a evaluar, iniciar o determinar beneficios, con auxilios que revisan programas, y con personal de justicia para ayudarles a investigar violaciones a las reglas de estos programas.

*Entiendo que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales; que las autoridades escolares pueden verificar la información de esta solicitud; y que la falsificación deliberada de datos, me expone a ser enjuiciado/a conforme a las leyes federales y estatales pertinentes.*

FRM DE MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR QUE LLENAR ESTA FORMA	LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ESCRIBA CON LETRAS DE MAYÚSCULA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACIÓN	ESCRIBA "HAWAIIAN" / "CALIFORNIA", "CALIFORNIA", "FDPIR" O "NOSSIK"
Nombre	FECHA
DOMICILIO	
CUIDAD	California
TELEFONO DEL HOGAR	TELEFONO DEL TRABAJO
TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NIÑOS DEL HOGAR	CODIGO POSTAL

**SECCIÓN D. Identidades Étnicas Y Raciales de Niños (Opcional)**

1. Apunté uno o más identidades raciales:  
 Indígena Americanos o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Africano Americano  
 Hawaiano Nativo o otro Isla ero Pacíficos  Blanco
2. Apunté un identidad étnico:  De origen Latino o Hispánico  No de origen Latino o Hispánico

No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número C.