

School Year 2015–16 Summit Public Schools Application for Free and Reduced-Price Meals Complete one application per household.

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."

STEP 1 List ALL Household Members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (if more space is required for additional names, attach another sheet of paper)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."

Children in foster care, Head Start, or Kin-GAP and children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	Student? Yes No	Homeless, Migrant, Runaway, Foster Child Head Start	Kin-GAP Case Number

Check all that apply

STEP 2 Do any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs?

If YES > Check the applicable program box, enter the case number, and then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3) CalFresh CalWORKS FPIR FDIPIR Case Number: _____

If NO > Complete STEP 3

Write only one case number in this space.

STEP 3 Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

A. Child Income

Sometimes children in the household earn income. Please include the TOTAL income earned by all Household Members listed in STEP 1 here.

Total Child Income \$ _____

How often?
Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

B. All Adult Household Members (including yourself)

List all household members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each household member listed, if they do receive income, report total income for each source in whole dollars only. If they do not receive income from any source, write '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work	Public Assistance/ Child Support/Alimony	Pensions/Retirement/ All Other Income	Total
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) _____

Last four digits of Social Security number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member: _____ X X X X

Check box if no SSN →

STEP 4 Contact Information and 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."

Street Address (if available) _____ Apt. # _____ City _____ State _____ Zip _____

Daytime Phone and/or E-mail (optional) _____ Printed Name of Adult Completing this Form _____ Signature of Adult Completing this Form _____ Today's Date _____

OPTIONAL Children's Racial and Ethnic 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 Asian American Indian or Alaska Native Black or African American Native Hawaiian or other Pacific Islander White

DO NOT COMPLETE THE INFORMATION BELOW. IT IS FOR SCHOOL USE ONLY.

Approved as: Free Reduced-Price Denied Reason: _____

Verified as: Homeless Head Start Incomplete Migrant Kin-GAP Error Prone Runaway

Total Household Income (From STEP 1 and STEP 3) _____

Annual Income Conversion: Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Determining Official _____ Date _____ Verifying Official _____ Date _____

[2015-2016] Summit Public Schools Solicitude de comidas gratis o a precio reducido Liene una solicitud por hogar.

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

Definición de miembro del hogar: *Cualquier persona que vive con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente*.	¿Estudiante? Sí No	Apellido del menor	Inicial	Apellido del menor	¿Estudiante? Sí No	¿Bajo el hogar, cuidado adoptivo, o acogido familiar? Sí No	Numero de caso de Kin-GAP
Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, en Head Start o Kin-GAP y los que cumplen con la definición de su hogar. Inmigrante o se fué del hogar reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.							

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)
 Si respondió que NO > Llene el PASO 3

CalFresh CalWORKS CalFresh CalWORKS FDIPIR FDIPIR
 Número de caso: _____ Anote sólo un número de caso en este espacio.

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

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)
 Añote 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.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia? Cada 2 semanas 1 veces al mes	Asistencia pública/ manutención de menores/ manutención alimentaria	¿Frecuencia? Cada 2 semanas 1 vez por mes	Pensiones/subsidios/ bonos (los demás ingresos)	¿Frecuencia Cada 2 semanas 1 vez por mes
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

X X X X X X
 Ingresos totales de los menores \$ _____
 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

Confiración: *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 (de existir) _____ No. de departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono o correo electrónico (opcional) _____ Nombre del adulto que llenó este formulario _____ Firma del adulto que llenó este formulario _____ Fecha de hoy _____

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los menores

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): Hispánico o latino No hispano o latino Asiático Indígena americano o nativo de Alaska Negro o afroestadunidense Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

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

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) _____
 Total Household Income _____
 Annual Income Conversion _____
 Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

Approved as: Free Reduced-Price Denied Reason: _____
 Verified as: Homeless Migrant Runaway Head Start Kin-GAP Incomplete Error Prone

Determining Official _____ Date _____
 Confirming Official _____ Date _____
 Verifying Official _____ Date _____