

Palo Alto Unified School District
APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS
OR FREE MILK FOR SCHOOL YEAR
2011-2012

COMPLETE AND RETURN THIS APPLICATION
TO THE SCHOOL

SECTION A. ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS SECTION

FOR SCHOOL USE ONLY – ELIGIBILITY DETERMINATION		
HSHLD SIZE:	HSHLD INCOME: \$	
FREE:	REDUCED:	DENIED:
YEAR RND TRACK:	FREE with: FS / CalWORKs / Kin-GAP / FDPIR	
TEMPORARY FREE UNTIL: (45 calendar days from date of determination)	Direct Certified as: H M R EP <input type="checkbox"/>	
DETERMINING OFFICIAL:	DATE:	2 nd Review:
VERIFICATION OFFICIAL:	DATE:	Follow-up:

STUDENT / CHILD INFORMATION			FOOD STAMP (FS), CALWORKS, KIN-GAP, OR FDPIR BENEFITS		FOSTER CHILD		FOR SCHOOL USE ONLY
LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL NAME	YES/NO	IF YES, ENTER CASE NUMBER BELOW:	YES/NO	IF YES, ENTER CHILD'S MONTHLY PERSONAL-USE INCOME	STUDENT ID
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

If you entered a Food Stamp, CalWORKs, Kin-GAP, or FDPIR case number for **each** child in Section A, or if this application is for a Foster Child and you entered his/her monthly personal-use income, skip Section B and complete Section C.

SECTION B. HOUSEHOLD MEMBERS AND THEIR MONTHLY INCOME (IF ANY)

(1) List all **adult** household members, regardless of income. (2) Indicate amount(s) and circle the source(s) of income for those adult household members with income last month. (3) Enter any income received last month **by/for a child** from full-time or regular part-time employment, SSI, or Adoption Assistance payments; and (4) If amount last month was more/less than usual, enter the usual amount.

FULL 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.					
5.					

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 FDPIR 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. Reporting incorrect information may result in loss or reduction of the household's program benefits, or in administrative claims and/or legal actions against household members.

SECTION C. ALL HOUSEHOLDS READ AND COMPLETE THIS SECTION

I certify that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given for 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	TELEPHONE NUMBER	DATE
PRINTED NAME OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THIS APPLICATION	SOCIAL SECURITY NUMBER XXX-XX-____ OR NONE: <input type="checkbox"/>	
ADDRESS		
CITY	STATE	ZIP CODE

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

1. Mark one or more racial identities: American Indian or Alaska Native Asian Black or African-American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White

2. Mark one ethnic identity: Of Hispanic or Latino Origin Not of Hispanic or Latino Origin

Palo Alto Unified School District

**SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS
Y A PRECIOS REDUCIDOS O PARA LECHE GRATIS
EN AÑO 2011-2012**

**COMPLETE ESTA SOLICITUD Y REGRESELA
A LA ESCUELA**

FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION					
HOUSEHOLD SIZE:		HOUSEHOLD INCOME:		YEAR TRACK:	
FREE WITH: FS / CALWORKS / KIN-GAP / FDPIR			DIRECT CERTIFIED AS: H M R		
FREE:	REDUCED:	DENIED:	2 ND REVIEW:	EP: <input type="checkbox"/>	
TEMPORARY FREE UNTIL (45 DAYS FROM DATE OF DETERMINATION):					
DETERMINING OFFICIAL:				DATE:	
VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:	

SECCIÓN A. TODOS LOS NIÑOS DEL HOGAR DEBEN SER INCLUIDOS EN ESTA SECCION :

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS			ESTAMPILLAS DE COMIDA (FS), CALWORKS, KIN-GAP O BENEFICIOSFDPIR		NIÑOS ADOPTADOS FOSTER		FOR SCHOOL USE ONLY
APELLIDO	NOMBRE PRIMERO	ESCUELA (N/A, NINGUNA)	SI/ NO	ESCRIBA EL NÚMERO DEL CASO FS, CALWORKS, KIN-GAP, O FDPIR	SI/ NO	SI, ESCRIBA EL INGRESO PERSONAL DEL NIÑO	STUDENT ID
1.							
2.							
3.							
4.							

SECCION B. INGRESO MENSUAL DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE VIVEN EN LA CASA: SI DECLARA EL NUMERO DE CASO DE ESTAMPILLAS DE COMIDA, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR, POR CADA NIÑO, o si la aplicación es para niño foster y Ud. Indico ingreso personal del niño, NO LLENE ESTA SECCION, SIGA CON LA SECCIÓN C. Un niño adoptivo (foster) que esta bajo la responsabilidad legal de la agencia de welfare o corte puede recibir comida gratis o a precios reducidos sin tomar en cuenta sus ingresos.

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 normal del mes. No llene esta sección si tiene para cada niño de la sección el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR. Firma la aplicación en la Sección C. También incluye todos los ingresos recibidos de los adolescentes, ya sea por tiempo completo o parcial de trabajo, SSI, o asistencia de adopción.

APELLIDO PRIMER NOMBRE	SUELDOS DE TRABAJOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) INCLUYA TODOS LOS TRABAJOS	PENSIONES, JUBILACIÓN, SEGURO SOCIAL	BENEFICIOS DE WELFARE, AYUDA ECONÓMICA PARA NIÑOS, ASISTENCIA DE DIVORCIO	CUALQUIER OTRO INGRESO	FOR SCHOOL USE ONLY TOTAL MONTHLY INCOME
1.					
2.					
3.					
4.					

SECCIÓN C. TODOS LOS HOGARES DEBERAN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCION

Sección 49557(a) del Código de Educación de California: La solicitud para las comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participen en el Programa Nacional de Alimentos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o otra forma de discriminación.

Programa Nacional de Alimentos Escolares de la Ley Federal (Sección 9) requiere que Ud., al menos que anote el número del caso de Estampillas de Comida, CalWORKs, Kin-GAP, o FDPIR de su hijo(s), tiene que incluir el número del Seguro Social del adulto miembro del hogar que firma la solicitud o indicar que el miembro del hogar firmando la solicitud no tiene un número del Seguro Social. No es obligatorio dar el número del Seguro Social, pero si no se proporciona un número del Seguro Social o no se indica que el que firma no tiene tal número, la solicitud no puede ser aprobada. El número del Seguro Social puede ser usado para identificar al miembro del hogar para luego poder verificar la información indicada en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser realizados por medio de revisión del programa, comprobación de recibos y cuentas, e investigaciones; y pueden incluir contacto con patrones para determinar ingreso, contacto con la Oficina de Desarrollo de Empleos del Estado (State's Employment Development Department) o agencias locales de asistencia social para determinar la cantidad de beneficios recibidos, y para revisar la documentación producida por los miembros del hogar para luego comprobar la cantidad de ingreso recibido. Proporcionar información incorrecta puede resultar en pérdida o reducción de beneficios, reclamo de administración y/o acciones legales en contra de miembros del hogar.

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.

FIRMA DE ADULTO MIEMBRO DEL HOGAR QUIEN LLENA ESTA		TELEFONO	FECHA
IMPRIMA EL NOMBRE DEL ADULTO QUE FIRMA ESTA APLICACION		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SS#)	
		XXX-XX-_____ o ninguno <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO			
CIUDAD	CODIGO POSTAL	TOTAL NUMERO DE ADULTOS Y NINOS DEL HOGAR	

SECCIÓN D. IDÉNTIDADES ÉTNICOS Y RACIALES DE NIÑOS (Opcional)

1. Apunté uno o mas identidades raciales: Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africano-Americano Hawaiano Nativo o otro Islajero Pacífico Blanco
2. Apunté un identidad étnico: De origen Latino o Hispánico No de origen Latino o Hispánico

Esta institución es un proveedor igual de la oportunidad.