United States Department of Agriculture

Food and Nutrition Service

Mountain Plains Region

1244 Speer Boulevard
Denver, CO
80204-2581

Reply to Attn of: SP-03-20

JUN 11 2003

Subject: Revised Free and Reduced Price Applications

To: STATE AGENCY DIRECTORS - (Special Nutrition Programs)
Colorado ED, Iowa, Kansas, Missouri ED
Montana OPI, Nebraska, North Dakota,
South Dakota, Utah and Wyoming

Since the time when our National Office put out the New updated "Easy to Use" Prototype (Spring 2002) free and reduced price application, a few needed changes were brought to their attention. In the English versions they made some minor formatting changes and added a clause in *Instructions for Applying;* ("...OR each person's normal monthly income"). The Spanish versions had the same changes as the English, as well as some grammatical changes. None of the changes were substantive; they were only made to further improve the overall application.

The corrected electronic versions were forwarded to you via e:mail from Jerry Stankorb, on June 5, 2003.

Mary Nelson

for DARLENE SANCHEZ
Regional Director
Special Nutrition Programs

INSTRUCTIONS FOR SCHOOL DISTRICTS

Free and Reduced Price School Meals Application and Verification Forms, Multi-Child Expanded Format

This packet contains:

Required information that *must* be provided to households:

- Letter to Households
- Free and Reduced Price School Meals Application

Optional application-related materials that *may* be provided to households:

- Cover Page
- Answers to Other Questions You May Have About Applying
- Sharing Information With Medicaid/SCHIP
- Sharing Information With Other Programs

Verification of eligibility information materials:

- Notification of Selection for Verification of Eligibility
- Letter of Verification Results
- Verification Tracker for School Use

The pages are designed to be printed on 8½" by 11" paper. Some pages may be printed front and back. You will need to identify the benefits that are offered in your school, such as afterschool snacks. **[Bold bracketed fields]** indicate where you need to insert your school district's specific information. If these materials have not been modified to include your State's name for Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), or, if applicable, to add Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), you should insert this information as appropriate. If you make additional changes, you must submit your application package to the State agency for approval.

If you have questions, contact:

[State agency address]

Lunch, Breakfast, Afterschool Snacks

[Insert School District Letterhead]

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. **[Name of School]** offers healthy meals every school day. Breakfast costs **[$]**; lunch costs **[$]**. Your children may qualify for free meals or for reduced price meals. Reduced price is **[$]** for breakfast and **[$]** for lunch.

To apply for free or reduced price meals, use the Free and Reduced Price School Meals Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. **Return the completed application to: [name, address, phone number].**

Here are answers to questions you may have about applying:

1. Who can get free or reduced price meals? Children in households getting Food Stamps or TANF and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your children can get free or reduced price meals.

2. Will the information I give be checked? Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.

3. What if I stop getting Food Stamps or TANF? If your children qualify because you listed a Food Stamp or TANF case number, you must tell the school when you no longer get Food Stamps or TANF.

4. What if my household size or income changes? If your children qualify for free or reduced price meals based on your income, you must tell us if your household size goes down or if your income goes up by more than $50 per month ($600 per year). Call us at **[phone number]**. You do not have to fill out another application.

5. If I don't qualify now, may I apply again later? Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting Food Stamps or TANF. If you lose your job, your children may be able to get free or reduced price meals during the time you are unemployed.

6. What if I disagree with the school's decision about my application? You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **[name, address, phone number]**.

If you have other questions or need help, call **[phone number]**.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: ***[phone number].***
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: ***[phone number].***

Sincerely,

[signature]

Your children may qualify for free or reduced price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME CHART For School Year ____			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Each additional person:			

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. The 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 children for free or reduced price meals. The Social Security Number of the adult household member who signs the application is required unless you list Food Stamp or TANF case numbers for all children you are applying for, OR if you are applying for a foster child. You must check the "I do not have a Social Security Number" box if the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We WILL use your information to see if your children are eligible for free or reduced price meals, to run the program, and to enforce the rules of the program. 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 misuse of program rules.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS APPLICATION

Part 1. Children in School (Everyone must fill out this part)
You must list the name of each child in school. List school name, grade, and Food Stamp or TANF case number (if any). Use a separate application for each foster child.

Names of children in school (First, Middle Initial, Last)	School Name	Grade	Food Stamp or TANF case # (if any)

If you listed a Food Stamp or TANF case number for EACH child, skip to Part 4.

Part 2. Foster Child (Fill out this part only if this application is for a foster child)
If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, list the amount of the child's personal use monthly income: $_____ Now skip to Part 4.

Part 3. Total Household Income From Last Month (Fill out this part only if you don't get Food Stamps or TANF and if this application is not for a foster child.)
Follow the instructions carefully to report household income from last month.

Column 1–Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children. Attach another sheet of paper if you need to.

Column 2–Last month's income and how often it was received: List the types of income your household got last month and how often you got them. *Employment Income:* List the **gross income** each person earned last month, **OR** each person's normal monthly income. It is not the same as take home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and deductions.** It should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. Next to the amount, write how often you got it (weekly, every other week, twice a month, or monthly).

For example, if the amount of your paycheck before deductions is $300, write:

- $300/monthly if you are paid once a month
- $300/twice a month if you are paid *two times a month* (such as on the 1st and 15th day of the month)
- $300/every other week if you are paid *every two weeks* (such as every other Friday)
- $300/weekly if you are paid *every week*

Other Income: List the total amount each person got last month from **all other sources**. Include welfare, child support, alimony, pensions, retirement, Social Security, Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and ANY OTHER INCOME. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Next to the amount, write how often the person got it.

Column 3–Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

1. Name (List everyone in your household)	2. Last month's income and how often it was received Example: $100/monthly $100/twice a month $100/every other week $100/weekly				3. Check if NO income
	Earnings from work before deductions	Welfare, child support, alimony	Pensions, retirement, Social Security	Other	
(Example) Jane Smith	$200/weekly	$50/weekly	$100/monthly	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑

Part 4. Signature and Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign the application and list his or her Social Security Number if the application includes income information. (If the application includes a Food Stamp or TANF case number, or if the child is a foster child, a Social Security Number is not necessary.) If you do not have a Social Security Number, you must mark the "I do not have a Social Security Number" box.

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 on the application. I also understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted.

Sign here: X_____

Social Security Number: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ❑ I do not have a Social Security Number

Part 5. Children's race and ethnic identity (Optional)

(You don't have to answer, but it helps us make sure everyone is treated fairly.)

Mark one or more racial identities:

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

Mark one ethnic identity:

- ❑ Hispanic or Latino
- ❑ Not Hispanic or Latino

Return this application to [name and address]

Don't fill out this part. This is for school use only.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ___ FS/TANF: ___ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

ANSWERS TO OTHER QUESTIONS YOU MAY HAVE ABOUT APPLYING

1. Do I have to fill out this application? No. You do not have to fill out this application unless you want to apply for free or reduced price meals for your children.

2. Should I fill out an application if I got a letter this school year saying my children have been approved for free or reduced price meals? Please read the letter you got carefully and follow the instructions. Call the school at **[phone number]** if you still have questions.

3. Who can I apply for? You may apply for any child in your household who attends a school serving meals under the National School Lunch Program or School Breakfast Program.

4. May I apply if someone in my household is not a U.S. citizen? Yes. You do not have to be a U.S. citizen to qualify for free or reduced price meals.

5. Will my children be treated differently because they get free or reduced price meals? No. Your children will not be identified or treated differently from children who pay full price for meals.

6. What if some of my children get Food Stamps or TANF and others don't? On the application, fill out Part 1, listing Food Stamp or TANF case numbers for those children who get them. Fill out Part 3, giving the names of all household members and the income each got last month. Under "Income" include the TANF payments your household gets, but not the value of the Food Stamps. Sign the application and give your Social Security Number.

7. If I no longer get Food Stamps or TANF, can I list my old case number? No. Only a current Food Stamp or TANF case number can be used on this application.

8. May I use my EBT number to get free meals? No. You must use your current Food Stamp case number. Contact your caseworker if you do not know your number.

9. Who should I include as members of my household? You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children.

10. What if my income last month was more or less than normal? List the amount that you normally get. For example, if you normally get $1000 each month, but you missed some work last month and only got $900, put down that you get $1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you get it only sometimes.

SHARING INFORMATION WITH MEDICAID/SCHIP

Dear Parent/Guardian:

If your children get free or reduced price school meals, they may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Children with health insurance are more likely to get regular health care and are less likely to miss school because of sickness.

Because health insurance is so important to children's well-being, **the law allows us to tell Medicaid and SCHIP that your children are eligible for free or reduced price meals, *unless you tell us not to*.** Medicaid and SCHIP only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your children (Filling out the Free and Reduced Price School Meals Application does not automatically enroll your children in health insurance).

If you do not want us to share your information with Medicaid or SCHIP, fill out the form below and send in (Sending in this form will not change whether your children get free or reduced price meals).

☐ Yes! I **DO** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid and the State Children's Health Insurance Program.

If you checked yes, stop here. You do not have to complete or send in this form. We will share your information automatically.

☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid or the State Children's Health Insurance Program.

If you checked no, fill out the form below.

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date]

SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced Price School Meals Application may be shared with other programs for which your children may qualify. **For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your children get free or reduced price meals.**

- ☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of these programs.

If you checked no, stop here. You do not have to complete or send in this form. Your information will not be shared.

- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date]

WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

Your Free and Reduced Price School Meals Application has been selected to be checked. Federal rules require that we do this to make sure only eligible children get free or reduced price meals. You must send us information to prove that **[names of children]** are eligible.

Send EITHER:

1. Proof that you get Food Stamps or TANF for your children. Section 2 on page 2 shows what kind of proof you should send. See section 1 for foster children.

OR:

2. Name and Social Security Number* of each adult household member and proof of your household's current income. Section 3 on page 2 shows what kind of proof you should send.

If possible, send copies, not original papers. If you do send originals, they will be sent back to you only if you ask.

You must send the information we need, or contact [name] by [date], or your children will stop getting free or reduced price meals.

Send information to: [address].

If you have questions or need help, please call **[name]** at **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

---

*Privacy Act Statement: You must give the Social Security Number of each adult household member or mark the "No Social Security Number" box. This is required by Section 9 of the National School Lunch Act. We may use the Social Security Number to check the information you provide about your household income. You do not have to give your Social Security Number or mark the "No Social Security Number" box, but if you do not, your children will stop getting free or reduced price meals.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

WHAT YOU NEED TO SEND US

1. If your child is a Foster Child:
Send us official documentation from the agency sponsoring the child.

2. If you get Food Stamps or TANF for your children, send us a copy of one of these:

- Food Stamp or TANF Certification Notice that shows dates of certification.
- Letter from Food Stamp or Welfare Office that says you get Food Stamps or TANF.
- ATP Card (Authorization To Participate) with an expiration date. (Do not send your EBT card.)

If you *no longer* get Food Stamps or TANF for your children and want to find out if your children can continue to get free or reduced price meals:

A. Complete another Free and Reduced Price School Meals Application with income information for *everyone* in your household,
B. Write the name and the Social Security Number of each adult household member below or on another piece of paper, and
C. Send pay stubs or other papers that show your household's current income.

3. If you do not get Food Stamps or TANF for your children:

A. Write name and Social Security Number of each adult household member below.

Name	Social Security Number (See Privacy Act Statement, p1)	No Social Security Number
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐

B. Send this page along with papers that show the amount of money your household got last month from each source.

The papers you send must show the **name** of the person who received the income, the **date** it was received, **how much** was received, and **how often** it was received.

Acceptable papers include:

Jobs: Current paycheck stub or pay envelope that shows how often pay is received; letter from employer stating gross wages and how often they are paid; or business or farming papers, such as ledger or tax books.

Social Security, Pensions, or Retirement: Social Security retirement benefit letter, statement of benefits received, or pension award notice.

Unemployment, Disability, or Worker's Comp: Notice of eligibility from State employment security office, check stub, or letter from Worker's Compensation

Welfare Payments: Benefit letter from welfare agency.

Child Support or Alimony: Court decree, agreement, or copies of checks received.

Other income (such as rental income): Information that shows the amount of income received, how often it is received, and the date received.

No income: A brief note explaining how you provide food, clothing and housing for your household, and when you expect an income.

WE HAVE CHECKED YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

We checked the information you sent us to prove that **[names of children]** are eligible for free or reduced price meals and have decided that:

- ❑ Your children's eligibility has not changed.
- ❑ Starting **[date]**, your children's eligibility for meals will be changed **from reduced price to free** because your income is within the free meal eligibility limits. Your children will receive meals at no cost. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ❑ Starting **[date]**, your children's eligibility for meals will be changed **from free to reduced price** because your income is over the limit. Reduced price meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ❑ Starting **[date]**, **your children are no longer eligible** for free or reduced price meals for the following reason(s):
  ___ Records show that you are not receiving Food Stamps or TANF at this time.
  ___ Your income is over the limit for free or reduced price meals.
  ___ You did not provide: _____
  ___ You did not respond to our request.

  Meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. If your household income goes down or your household size goes up, you may apply again. If you did not provide proof of current eligibility, you will be asked to do so if you reapply.

If you disagree with this decision, you may discuss it with **[name]** at **[phone]**. You also have the right to a fair hearing. If you request a hearing by **[date]**, your children will continue to receive free or reduced price meals until the decision of the hearing official is made. You may request a hearing by calling or writing to: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

VERIFICATION TRACKER FOR SCHOOL USE

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Household: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

- ☐ Food Stamp/TANF Case Number
- ☐ Household Size and Income

Verification Result:

- ☐ No Change
- ☐ Free to Reduced
- ☐ Free to Paid
- ☐ Reduced to Free
- ☐ Reduced to Paid

Reason for Change:

- ☐ Income: _____
- ☐ Household Size: _____
- ☐ Change in Food Stamp/TANF
- ☐ Did not respond
- ☐ Other: _____

Date Notice of Change Sent: _____

Date Change Made: _____

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS FOR SCHOOL DISTRICTS

Free and Reduced Price School Meals Application and Verification Forms, Multi-Child Short Format

This packet contains:

Required information that *must* be provided to households:

- Letter to Households
- Free and Reduced Price School Meals Application

Optional application-related materials that *may* be provided to households:

- Sharing Information With Medicaid/SCHIP
- Sharing Information With Other Programs

Verification of eligibility information materials:

- Notification of Selection for Verification of Eligibility
- Letter of Verification Results
- Verification Tracker for School Use

The pages are designed to be printed on 8½" by 11" paper. Some pages may be printed front and back. You will need to identify the benefits that are offered in your school, such as afterschool snacks. **[Bold bracketed fields]** indicate where you need to insert your school district's specific information. If these materials have not been modified to include your State's name for Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), or, if applicable, to add Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), you should insert this information as appropriate. If you make additional changes, you must submit your application package to the State agency for approval.

If you have questions, contact:

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. **[Name of School]** offers healthy meals every school day. Breakfast costs **[$]**; lunch costs **[$]**. Your children may qualify for free meals or for reduced price meals. Reduced price is **[$]** for breakfast and **[$]** for lunch.

To apply for free or reduced price meals, use the Free and Reduced Price School Meals Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. **Return the completed application to: [name, address, phone number].**

Here are answers to questions you may have about applying:

1. Who can get free or reduced price meals? Children in households getting Food Stamps or TANF and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your children can get free or reduced price meals.

2. Will the information I give be checked? Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.

3. What if I stop getting Food Stamps or TANF? If your children qualify because you listed a Food Stamp or TANF case number, you must tell the school when you no longer get Food Stamps or TANF.

4. What if my household size or income changes? If your children qualify for free or reduced price meals based on your income, you must tell us if your household size goes down or if your income goes up by more than $50 per month ($600 per year). Call us at **[phone number]**. You do not have to fill out another application.

5. If I don't qualify now, may I apply again later? Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting Food Stamps or TANF. If you lose your job, your children may be able to get free or reduced price meals during the time you are unemployed.

6. What if I disagree with the school's decision about my application? You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **[name, address, phone number]**.

If you have other questions or need help, call **[phone number]**.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: ***[phone number]***.
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: ***[phone number]***.

Sincerely,

[signature]

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

Use a separate application for each foster child. List other children together.

If you are applying for a FOSTER CHILD, follow these instructions:

Part 1: List the child's name, school, and grade.
Part 2: List the child's personal use monthly income, if any.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. A Social Security Number is not necessary.
Part 5: Answer this question if you choose to.

If your household gets FOOD STAMPS OR TANF, follow these instructions:

Part 1: List each child's name, school, grade, and Food Stamp or TANF case number.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. A Social Security Number is not necessary.
Part 5: Answer this question if you choose to.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, follow these instructions:

Part 1: List each child's name, school, and grade.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Follow these instructions to report total household income from last month.

Column 1–Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children. Attach another sheet of paper if you need to.

Column 2–Last month's income and how often it was received: List the types of income your household got last month and how often you got them. *Employment income:* List the **gross income** each person earned last month, **OR** each person's normal monthly income. It is not the same as take home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and deductions.** It should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. Next to the amount, write how often you got it (weekly, every other week, twice a month, or monthly). *Other Income:* List the total amount each person got last month from **all other sources**. Include welfare, child support, alimony, pensions, retirement, Social Security, Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and ANY OTHER INCOME. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Next to the amount, write how often the person got it.

Column 3–Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

Part 4: An adult household member must sign the form and list his or her Social Security Number, or mark the box if he or she doesn't have one.
Part 5: Answer this question if you choose to.

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS APPLICATION

Part 1. Children in School (Use a separate application for each foster child)

Names of all children in school (First, Middle Initial, Last)	School Name	Grade	Food Stamp or TANF case # (if any)

If you listed a Food Stamp/TANF case number for EACH child, skip to Part 4.

Part 2. Foster Child

If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, list the amount of the child's personal use monthly income: $_____. Skip to Part 4.

Part 3. Total Household Income from Last Month—You must tell us how much and how often

1. Name (List **everyone** in household)	**2. Last month's income and how often it was received** *Example: $100/monthly $100/twice a month $100/every other week $100/weekly*				**3. Check if NO income**
	Earnings from work before deductions	Welfare, child support, alimony	Pensions, retirement, Social Security	Other	
(Example) Jane Smith	$200/weekly	$150/weekly	$100/monthly	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑

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 also list his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)

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: X_____

Social Security Number: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ❑ I do not have a Social Security Number

Part 5. Children's racial and ethnic identities (optional)

Mark one or more racial identities:

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

Mark one ethnic identity:

❑ Hispanic or Latino ❑ Not Hispanic or Latino

Don't fill out this part. This is for school use only.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ___ FS/TANF: ___ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Your children may qualify for free or reduced price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME CHART For School Year ____			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Each additional person:			

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. The 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 children for free or reduced price meals. The Social Security Number of the adult household member who signs the application is required unless you list Food Stamp or TANF case numbers for all children you are applying for, OR if you are applying for a foster child. You must check the "I do not have a Social Security Number" box if the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We WILL use your information to see if your children are eligible for free or reduced price meals, to run the program, and to enforce the rules of the program. 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 misuse of program rules.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

SHARING INFORMATION WITH MEDICAID/SCHIP

Dear Parent/Guardian:

If your children get free or reduced price school meals, they may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Children with health insurance are more likely to get regular health care and are less likely to miss school because of sickness.

Because health insurance is so important to children's well-being, **the law allows us to tell Medicaid and SCHIP that your children are eligible for free or reduced price meals, *unless you tell us not to*.** Medicaid and SCHIP only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your children (Filling out the Free and Reduced Price School Meals Application does not automatically enroll your children in health insurance).

If you do not want us to share your information with Medicaid or SCHIP, fill out the form below and send in (Sending in this form will not change whether your children get free or reduced price meals).

☐ Yes! I **DO** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid and the State Children's Health Insurance Program.

If you checked yes, stop here. You do not have to complete or send in this form. We will share your information automatically.

☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid or the State Children's Health Insurance Program.

If you checked no, fill out the form below.

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced Price School Meals Application may be shared with other programs for which your children may qualify. **For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your children get free or reduced price meals.**

- ☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of these programs.

If you checked no, stop here. You do not have to complete or send in this form. Your information will not be shared.

- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

Your Free and Reduced Price School Meals Application has been selected to be checked. Federal rules require that we do this to make sure only eligible children get free or reduced price meals. You must send us information to prove that **[names of children]** are eligible.

Send EITHER:

1. Proof that you get Food Stamps or TANF for your children. Section 2 on page 2 shows what kind of proof you should send. See section 1 for foster children.

OR:

2. Name and Social Security Number* of each adult household member and proof of your household's current income. Section 3 on page 2 shows what kind of proof you should send.

If possible, send copies, not original papers. If you do send originals, they will be sent back to you only if you ask.

You must send the information we need, or contact [name] by [date], or your children will stop getting free or reduced price meals.

Send information to: [address].

If you have questions or need help, please call **[name]** at **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

---

*Privacy Act Statement: You must give the Social Security Number of each adult household member or mark the "No Social Security Number" box. This is required by Section 9 of the National School Lunch Act. We may use the Social Security Number to check the information you provide about your household income. You do not have to give your Social Security Number or mark the "No Social Security Number" box, but if you do not, your children will stop getting free or reduced price meals.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

WHAT YOU NEED TO SEND US

1. If your child is a Foster Child:
Send us official documentation from the agency sponsoring the child.

2. If you get Food Stamps or TANF for your children, send us a copy of one of these:

- Food Stamp or TANF Certification Notice that shows dates of certification.
- Letter from Food Stamp or Welfare Office that says you get Food Stamps or TANF.
- ATP Card (Authorization To Participate) with an expiration date. (Do not send your EBT card.)

If you *no longer* get Food Stamps or TANF for your children and want to find out if your children can continue to get free or reduced price meals:

A. Complete another Free and Reduced Price School Meals Application with income information for everyone in your household,
B. Write the name and the Social Security Number of each adult household member below or on another piece of paper, and
C. Send pay stubs or other papers that show your household's current income.

3. If you do not get Food Stamps or TANF for your children:

A. Write name and Social Security Number of each adult household member below.

Name	Social Security Number (See Privacy Act Statement, p1)	No Social Security Number
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐

B. Send this page along with papers that show the amount of money your household got last month from each source.

The papers you send must show the **name** of the person who received the income, the **date** it was received, **how much** was received, and **how often** it was received.

Acceptable papers include:

Jobs: Current paycheck stub or pay envelope that shows how often pay is received; letter from employer stating gross wages and how often they are paid; or business or farming papers, such as ledger or tax books.

Social Security, Pensions, or Retirement: Social Security retirement benefit letter, statement of benefits received, or pension award notice.

Unemployment, Disability, or Worker's Comp: Notice of eligibility from State employment security office, check stub, or letter from Worker's Compensation

Welfare Payments: Benefit letter from welfare agency.

Child Support or Alimony: Court decree, agreement, or copies of checks received.

Other income (such as rental income): Information that shows the amount of income received, how often it is received, and the date received.

No income: A brief note explaining how you provide food, clothing and housing for your household, and when you expect an income.

WE HAVE CHECKED YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

We checked the information you sent us to prove that **[names of children]** are eligible for free or reduced price meals and have decided that:

- ☐ Your children's eligibility has not changed.
- ☐ Starting **[date]**, your children's eligibility for meals will be changed **from reduced price to free** because your income is within the free meal eligibility limits. Your children will receive meals at no cost. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ☐ Starting **[date]**, your children's eligibility for meals will be changed **from free to reduced price** because your income is over the limit. Reduced price meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ☐ Starting **[date]**, **your children are no longer eligible** for free or reduced price meals for the following reason(s):
  ___ Records show that you are not receiving Food Stamps or TANF at this time.
  ___ Your income is over the limit for free or reduced price meals.
  ___ You did not provide: _____
  ___ You did not respond to our request.

  Meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. If your household income goes down or your household size goes up, you may apply again. If you did not provide proof of current eligibility, you will be asked to do so if you reapply.

If you disagree with this decision, you may discuss it with **[name]** at **[phone]**. You also have the right to a fair hearing. If you request a hearing by **[date]**, your children will continue to receive free or reduced price meals until the decision of the hearing official is made. You may request a hearing by calling or writing to: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

VERIFICATION TRACKER FOR SCHOOL USE

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Household: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

- ☐ Food Stamp/TANF Case Number
- ☐ Household Size and Income

Verification Result:

- ☐ No Change
- ☐ Free to Reduced
- ☐ Free to Paid
- ☐ Reduced to Free
- ☐ Reduced to Paid

Reason for Change:

- ☐ Income: _____
- ☐ Household Size: _____
- ☐ Change in Food Stamp/TANF
- ☐ Did not respond
- ☐ Other: _____

Date Notice of Change Sent: _____

Date Change Made: _____

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS FOR SCHOOL DISTRICTS

Free and Reduced Price School Meals Application and Verification Forms, Single Child Expanded Format

This packet contains:

Required information that *must* be provided to households:

- Letter to Households
- Free and Reduced Price School Meals Application

Optional application-related materials that *may* be provided to households:

- Cover Page
- Answers to Other Questions You May Have About Applying
- Sharing Information With Medicaid/SCHIP
- Sharing Information With Other Programs

Verification of eligibility information materials:

- Notification of Selection for Verification of Eligibility
- Letter of Verification Results
- Verification Tracker for School Use

The pages are designed to be printed on 8½" by 11" paper. Some pages may be printed front and back. You will need to identify the benefits that are offered in your school, such as afterschool snacks. **[Bold bracketed fields]** indicate where you need to insert your school district's specific information. If these materials have not been modified to include your State's name for Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), or, if applicable, to add Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), you should insert this information as appropriate. If you make additional changes, you must submit your application package to the State agency for approval.

If you have questions, contact:

[State agency address]

Lunch, Breakfast, Afterschool Snacks

[Insert School District Letterhead]

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. **[Name of School]** offers healthy meals every school day. Breakfast costs **[$]**; lunch costs **[$]**. Your child may qualify for free meals or for reduced price meals. Reduced price is **[$]** for breakfast and **[$]** for lunch.

To apply for free or reduced price meals, use the Free and Reduced Price School Meals Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. **Return the completed application to: [name, address, phone number].**

Here are answers to questions you may have about applying:

1. Who can get free or reduced price meals? Children in households getting Food Stamps or TANF and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your child can get free or reduced price meals.

2. Will the information I give be checked? Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.

3. What if I stop getting Food Stamps or TANF? If your child qualifies because you listed a Food Stamp or TANF case number, you must tell the school when you no longer get Food Stamps or TANF.

4. What if my household size or income changes? If your child qualifies for free or reduced price meals based on your income, you must tell us if your household size goes down or if your income goes up by more than $50 per month ($600 per year). Call us at **[phone number]**. You do not have to fill out another application.

5. If I don't qualify now, may I apply again later? Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting Food Stamps or TANF. If you lose your job, your child may be able to get free or reduced price meals during the time you are unemployed.

6. What if I disagree with the school's decision about my application? You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **[name, address, phone number]**.

If you have other questions or need help, call **[phone number]**.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: ***[phone number]***.
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: ***[phone number]***.

Sincerely,

[signature]

Your child may qualify for free or reduced price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME CHART For School Year ____			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Each additional person:			

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. The 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. The Social Security Number of the adult household member who signs the application is required unless you list a Food Stamp or TANF case number for your child, OR if you are applying for a foster child. You must check the "I do not have a Social Security Number" box if the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We WILL use your information to see if your child is eligible for free or reduced price meals, to run the program, and to enforce the rules of the program. 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 misuse of program rules.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS APPLICATION

Part 1. Child in School (Everyone must fill out this part)

You must list the name of your child in school. List school name, grade, and Food Stamp or TANF case number (if any). Use a separate application for each child.

Name of child in school (First, Middle Initial, Last)	School Name	Grade	Food Stamp or TANF case # (if any)

If you listed a Food Stamp or TANF case number for your child, skip to Part 4.

Part 2. Foster Child (Fill out this part only if this application is for a foster child)

If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, list the amount of the child's personal use monthly income: $_____ Now skip to Part 4.

Part 3. Total Household Income From Last Month (Fill out this part only if you don't get Food Stamps or TANF and if this application is not for a foster child)

Follow the instructions carefully to report household income from last month.

Column 1–Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children. Attach another sheet of paper if you need to.

Column 2–Last month's income and how often it was received: List the types of income your household got last month and how often you got them. *Employment Income:* List the **gross income** each person earned last month, **OR** each person's normal monthly income. It is not the same as take home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and deductions.** It should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. Next to the amount, write how often you got it (weekly, every other week, twice a month, or monthly).

For example, if the amount of your paycheck before deductions is $300, write:

- $300/monthly if you are paid once a month
- $300/twice a month if you are paid *two times a month* (such as on the 1st and 15th day of the month)
- $300/every other week if you are paid *every two weeks* (such as every other Friday)
- $300/weekly if you are paid *every week*

Other Income: List the total amount each person got last month from **all other sources**. Include welfare, child support, alimony, pensions, retirement, Social Security, Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and ANY OTHER INCOME. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Next to the amount, write how often the person got it.

Column 3–Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

1. Name (List everyone in your household)	2. Income from last month and how often it was received Example: $100/monthly $100/twice a month $100/every other week $100/weekly				3. Check if NO income
	Earnings from work before deductions	Welfare, child support, alimony	Pensions, retirement, Social Security	Other	
(Example) Jane Smith	$200/weekly	$50/weekly	$100/monthly	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑
	$___/___	$___/___	$___/___	$___/___	❑

Part 4. Signature and Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign the application and list his or her Social Security Number if the application includes income information. (If the application includes a Food Stamp or TANF case number, or if the child is a foster child, a Social Security Number is not necessary.) If you do not have a Social Security Number, you must mark the "I do not have a Social Security Number" box.

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 on the application. I also understand that if I purposely give false information, my child may lose meal benefits, and I may be prosecuted.

Sign here: X_____

Social Security Number: __ __ __ - __ __ - __ __ __ __ ❑ I do not have a Social Security Number

Part 5. Child's race and ethnic identity (Optional)

(You don't have to answer, but it helps us make sure everyone is treated fairly.)

Mark one or more racial identities:

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

Mark one ethnic identity:

- ❑ Hispanic or Latino
- ❑ Not Hispanic or Latino

Return this application to [name and address].

Don't fill out this part. This is for school use only.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ___ FS/TANF: ___ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

ANSWERS TO OTHER QUESTIONS YOU MAY HAVE ABOUT APPLYING

1. Do I have to fill out this application? No. You do not have to fill out this application unless you want to apply for free or reduced price meals for your child.

2. Should I fill out an application if I got a letter this school year saying my child has been approved for free or reduced price meals? Please read the letter you got carefully and follow the instructions. Call the school at **[phone number]** if you still have questions.

3. Who can I apply for? You may apply for any child in your household who attends a school serving meals under the National School Lunch Program or School Breakfast Program.

4. May I apply if someone in my household is not a U.S. citizen? Yes. You do not have to be a U.S. citizen to qualify for free or reduced price meals.

5. Will my child be treated differently because he or she gets free or reduced price meals? No. Your child will not be identified or treated differently from children who pay full price for meals.

6. What if some of my children get Food Stamps or TANF and others don't? On the application, fill out Part 1, listing Food Stamp or TANF case numbers for those children who get them. Fill out Part 3, giving the names of all household members and the income each got last month. Under "Income" include the TANF payments your household gets, but not the value of the Food Stamps. Sign the application and give your Social Security Number.

7. If I no longer get Food Stamps or TANF, can I list my old case number? No. Only a current Food Stamp or TANF case number can be used on this application.

8. May I use my EBT number to get free meals? No. You must use your current Food Stamp case number. Contact your caseworker if you do not know your number.

9. Who should I include as members of my household? You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children.

10. What if my income last month was more or less than normal? List the amount that you normally get. For example, if you normally get $1000 each month, but you missed some work last month and only got $900, put down that you get $1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you get it only sometimes.

SHARING INFORMATION WITH MEDICAID/SCHIP

Dear Parent/Guardian:

If your child gets free or reduced price school meals, he or she may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Children with health insurance are more likely to get regular health care and are less likely to miss school because of sickness.

Because health insurance is so important to children's well-being, **the law allows us to tell Medicaid and SCHIP that your child is eligible for free or reduced price meals, *unless you tell us not to***. Medicaid and SCHIP only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your child (Filling out the Free and Reduced Price School Meals Application does not automatically enroll your child in health insurance).

If you do not want us to share your information with Medicaid or SCHIP, fill out the form below and send in (Sending in this form will not change whether your child gets free or reduced price meals).

☐ Yes! I **DO** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid and the State Children's Health Insurance Program.

If you checked yes, stop here. You do not have to complete or send in this form. We will share your information automatically.

☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid or the State Children's Health Insurance Program.

If you checked no, fill out the form below.

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced Price School Meals Application may be shared with other programs for which your child may qualify. **For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your child gets free or reduced price meals.**

- ☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of these programs.

If you checked no, stop here. You do not have to complete or send in this form. Your information will not be shared.

- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

Your Free and Reduced Price School Meals Application has been selected to be checked. Federal rules require that we do this to make sure only eligible children get free or reduced price meals. You must send us information to prove that **[name of child]** is eligible.

Send EITHER:

1. Proof that you get Food Stamps or TANF for your child. Section 2 on page 2 shows what kind of proof you should send. See section 1 for foster children.

OR:

2. Name and Social Security Number* of each adult household member and proof of your household's current income. Section 3 on page 2 shows what kind of proof you should send.

If possible, send copies, not original papers. If you do send originals, they will be sent back to you only if you ask.

You must send the information we need, or contact [name] by [date], or your child will stop getting free or reduced price meals.

Send information to: [address].

If you have questions or need help, please call **[name]** at **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

---

*Privacy Act Statement: You must give the Social Security Number of each adult household member or mark the "No Social Security Number" box. This is required by Section 9 of the National School Lunch Act. We may use the Social Security Number to check the information you provide about your household income. You do not have to give your Social Security Number or mark the "No Social Security Number" box, but if you do not, your child will stop getting free or reduced price meals.

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

WHAT YOU NEED TO SEND US

1. If your child is a Foster Child:
Send us official documentation from the agency sponsoring the child.

2. If you get Food Stamps or TANF for your child, send us a copy of one of these:

- Food Stamp or TANF Certification Notice that shows dates of certification.
- Letter from Food Stamp or Welfare Office that says you get Food Stamps or TANF.
- ATP Card (Authorization To Participate) with an expiration date. (Do not send your EBT card.)

If you *no longer* get Food Stamps or TANF for your child and want to find out if your child can continue to get free or reduced price meals:

A. Complete another Free and Reduced Price School Meals Application with income information for everyone in your household,
B. Write the name and the Social Security Number of each adult household member below or on another piece of paper, and
C. Send pay stubs or other papers that show your household's current income.

3. If you do not get Food Stamps or TANF for your child:

A. Write name and Social Security Number of each adult household member below.

Name	Social Security Number (See Privacy Act Statement, p1)	No Social Security Number
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐

B. Send this page along with papers that show the amount of money your household got last month from each source.

The papers you send must show the **name** of the person who received the income, the **date** it was received, **how much** was received, and **how often** it was received.

Acceptable papers include:

Jobs: Current paycheck stub or pay envelope that shows how often pay is received; letter from employer stating gross wages and how often they are paid; or business or farming papers, such as ledger or tax books.

Social Security, Pensions, or Retirement: Social Security retirement benefit letter, statement of benefits received, or pension award notice.

Unemployment, Disability, or Worker's Comp: Notice of eligibility from State employment security office, check stub, or letter from Worker's Compensation

Welfare Payments: Benefit letter from welfare agency.

Child Support or Alimony: Court decree, agreement, or copies of checks received.

Other income (such as rental income): Information that shows the amount of income received, how often it is received, and the date received.

No income: A brief note explaining how you provide food, clothing and housing for your household, and when you expect an income.

WE HAVE CHECKED YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

We checked the information you sent us to prove that **[name of child]** is eligible for free or reduced price meals and have decided that:

- ❑ Your child's eligibility has not changed.
- ❑ Starting **[date]**, your child's eligibility for meals will be changed **from reduced price to free** because your income is within the free meal eligibility limits. Your child will receive meals at no cost. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ❑ Starting **[date]**, your child's eligibility for meals will be changed **from free to reduced price** because your income is over the limit. Reduced price meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ❑ Starting **[date]**, **your child is no longer eligible** for free or reduced price meals for the following reason(s):
  ___ Records show that you are not receiving Food Stamps or TANF at this time.
  ___ Your income is over the limit for free or reduced price meals.
  ___ You did not provide: _____
  ___ You did not respond to our request.

  Meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. If your household income goes down or your household size goes up, you may apply again. If you did not provide proof of current eligibility, you will be asked to do so if you reapply.

If you disagree with this decision, you may discuss it with **[name]** at **[phone]**. You also have the right to a fair hearing. If you request a hearing by **[date]**, your child will continue to receive free or reduced price meals until the decision of the hearing official is made. You may request a hearing by calling or writing to: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

VERIFICATION TRACKER FOR SCHOOL USE

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Household: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

- ☐ Food Stamp/TANF Case Number
- ☐ Household Size and Income

Verification Result:

- ☐ No Change
- ☐ Free to Reduced
- ☐ Free to Paid
- ☐ Reduced to Free
- ☐ Reduced to Paid

Reason for Change:

- ☐ Income: _____
- ☐ Household Size: _____
- ☐ Change in Food Stamp/TANF
- ☐ Did not respond
- ☐ Other: _____

Date Notice of Change Sent: _____

Date Change Made: _____

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____

Date: _____

INSTRUCTIONS FOR SCHOOL DISTRICTS

Free and Reduced Price School Meals Application and Verification Forms, Single Child Short Format

This packet contains:

Required information that *must* be provided to households:

- Letter to Households
- Free and Reduced Price School Meals Application

Optional application-related materials that *may* be provided to households:

- Sharing Information With Medicaid/SCHIP
- Sharing Information With Other Programs

Verification of eligibility information materials:

- Notification of Selection for Verification of Eligibility
- Letter of Verification Results
- Verification Tracker for School Use

The pages are designed to be printed on 8½" by 11" paper. Some pages may be printed front and back. You will need to identify the benefits that are offered in your school, such as afterschool snacks. **[Bold bracketed fields]** indicate where you need to insert your school district's specific information. If these materials have not been modified to include your State's name for Temporary Assistance to Needy Families (TANF), State Children's Health Insurance Program (SCHIP), or, if applicable, to add Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), you should insert this information as appropriate. If you make additional changes, you must submit your application package to the State agency for approval.

If you have questions, contact:

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. **[Name of School]** offers healthy meals every school day. Breakfast costs **[$]**; lunch costs **[$]**. Your child may qualify for free meals or for reduced price meals. Reduced price is **[$]** for breakfast and **[$]** for lunch.

To apply for free or reduced price meals, use the Free and Reduced Price School Meals Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. **Return the completed application to: [name, address, phone number].**

Here are answers to questions you may have about applying:

1. Who can get free or reduced price meals? Children in households getting Food Stamps or TANF and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your child can get free or reduced price meals.

2. Will the information I give be checked? Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.

3. What if I stop getting Food Stamps or TANF? If your child qualifies because you listed a Food Stamp or TANF case number, you must tell the school when you no longer get Food Stamps or TANF.

4. What if my household size or income changes? If your child qualifies for free or reduced price meals based on your income, you must tell us if your household size goes down or if your income goes up by more than $50 per month ($600 per year). Call us at **[phone number]**. You do not have to fill out another application.

5. If I don't qualify now, may I apply again later? Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting Food Stamps or TANF. If you lose your job, your child may be able to get free or reduced price meals during the time you are unemployed.

6. What if I disagree with the school's decision about my application? You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **[name, address, phone number]**.

If you have other questions or need help, call **[phone number]**.
Si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: ***[phone number].***
Si vous voudriez d'aide, contactez nous au numero: ***[phone number].***

Sincerely,

[signature]

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

Use a separate application for each child.

If you are applying for a FOSTER CHILD, follow these instructions:

Part 1: List the child's name, school, and grade.
Part 2: List the child's personal use monthly income, if any.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. A Social Security Number is not necessary.
Part 5: Answer this question if you choose to.

If your household gets FOOD STAMPS OR TANF, follow these instructions:

Part 1: List your child's name, school, grade, and Food Stamp or TANF case number.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Skip this part.
Part 4: Sign the form. A Social Security Number is not necessary.
Part 5: Answer this question if you choose to.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, follow these instructions:

Part 1: List your child's name, school, and grade.
Part 2: Skip this part.
Part 3: Follow these instructions to report total household income from last month.

Column 1–Name: List the first and last name of **each** person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children. Attach another sheet of paper if you need to.

Column 2–Last month's income and how often it was received: List the types of income your household got last month and how often you got them. *Employment income:* List the **gross income** each person earned last month, **OR** each person's normal monthly income. It is not the same as take home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and deductions.** It should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. Next to the amount, write how often you got it (weekly, every other week, twice a month, or monthly). *Other Income:* List the total amount each person got last month from **all other sources**. Include welfare, child support, alimony, pensions, retirement, Social Security, Worker's Compensation, unemployment, strike benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), disability benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and ANY OTHER INCOME. Report net income for self-owned business, farm, or rental income. Next to the amount, write how often the person got it.

Column 3–Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

Part 4: An adult household member must sign the form and list his or her Social Security Number, or mark the box if he or she doesn't have one.
Part 5: Answer this question if you choose to.

FREE AND REDUCED PRICE SCHOOL MEALS APPLICATION

Part 1. Child in School

Name of child in school (First, Middle Initial, Last)	School Name	Grade	Food Stamp or TANF case # (if any)

If you listed a Food Stamp/TANF case number for this child, skip to Part 4.

Part 2. Foster Child

If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, list the amount of the child's personal use monthly income: $_____. Skip to Part 4.

Part 3. Total Household Income from Last Month—You must tell us how much and how often

1. Name (List everyone in household)	2. Last month's income and how often it was received *Example: $100/monthly $100/twice a month $100/every other week $100/weekly*				3. Check if NO income
	Earnings from work before deductions	Welfare, child support, alimony	Pensions, retirement, Social Security	Other	
(Example) Jane Smith	$200/weekly	$150/weekly	$100/monthly	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑

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 also list his or her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the back of this page.)

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 child may lose meal benefits, and I may be prosecuted.

Sign here: X_____

Social Security Number: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ❑ I do not have a Social Security Number

Part 5. Child's racial and ethnic identities (optional)

Mark one or more racial identities:

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

Mark one ethnic identity:

❑ Hispanic or Latino ❑ Not Hispanic or Latino

Don't fill out this part. This is for school use only.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ___ FS/TANF: ___ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied___ Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Your child may qualify for free or reduced price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME CHART For School Year ____			
Household size	Yearly	Monthly	Weekly
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Each additional person:			

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. The 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. The Social Security Number of the adult household member who signs the application is required unless you list a Food Stamp or TANF case number for your child, OR if you are applying for a foster child. You must check the "I do not have a Social Security Number" box if the adult household member signing the application does not have a Social Security Number. We WILL use your information to see if your child is eligible for free or reduced price meals, to run the program, and to enforce the rules of the program. 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 misuse of program rules.

Non-discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

SHARING INFORMATION WITH MEDICAID/SCHIP

Dear Parent/Guardian:

If your child gets free or reduced price school meals, he or she may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). Children with health insurance are more likely to get regular health care and are less likely to miss school because of sickness.

Because health insurance is so important to children's well-being, **the law allows us to tell Medicaid and SCHIP that your child is eligible for free or reduced price meals, *unless you tell us not to*.** Medicaid and SCHIP only use the information to identify children who may be eligible for their programs. Program officials may contact you to offer to enroll your child (Filling out the Free and Reduced Price School Meals Application does not automatically enroll your child in health insurance).

If you do not want us to share your information with Medicaid or SCHIP, fill out the form below and send in (Sending in this form will not change whether your child gets free or reduced price meals).

❑ Yes! I **DO** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid and the State Children's Health Insurance Program.

If you checked yes, stop here. You do not have to complete or send in this form. We will share your information automatically.

❑ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with Medicaid or the State Children's Health Insurance Program.

If you checked no, fill out the form below.

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

SHARING INFORMATION WITH OTHER PROGRAMS

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you gave on your Free and Reduced Price School Meals Application may be shared with other programs for which your child may qualify. **For the following programs, we must have your permission to share your information. Sending in this form will not change whether your child gets free or reduced price meals.**

- ☐ No! I **DO NOT** want information from my Free and Reduced Price School Meals Application shared with any of these programs.

If you checked no, stop here. You do not have to complete or send in this form. Your information will not be shared.

- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Yes! I **DO** want school officials to share information from my Free and Reduced Price School Meals Application with **[name of program specific to your school]**.

If you checked yes to any or all of the boxes above, fill out the form below. Your information will be shared only with the programs you checked.

Child's Name: _____ School: _____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Address: _____

For more information, you may call **[name]** at **[phone]**.
Return this form to: [address] by [date].

WE MUST CHECK YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

Your Free and Reduced Price School Meals Application has been selected to be checked. Federal rules require that we do this to make sure only eligible children get free or reduced price meals. You must send us information to prove that **[name of child]** is eligible.

Send EITHER:

1. Proof that you get Food Stamps or TANF for your child. Section 2 on page 2 shows what kind of proof you should send. See section 1 for foster children.

OR:

2. Name and Social Security Number* of each adult household member and proof of your household's current income. Section 3 on page 2 shows what kind of proof you should send.

If possible, send copies, not original papers. If you do send originals, they will be sent back to you only if you ask.

You must send the information we need, or contact [name] by [date], or your child will stop getting free or reduced price meals.

Send information to: [address].

If you have questions or need help, please call **[name]** at **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

---

*Privacy Act Statement: You must give the Social Security Number of each adult household member or mark the "No Social Security Number" box. This is required by Section 9 of the National School Lunch Act. We may use the Social Security Number to check the information you provide about your household income. You do not have to give your Social Security Number or mark the "No Social Security Number" box, but if you do not, your child will stop getting free or reduced price meals.

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

WHAT YOU NEED TO SEND US

1. If your child is a Foster Child:
Send us official documentation from the agency sponsoring the child.

2. If you get Food Stamps or TANF for your child, send us a copy of one of these:

- Food Stamp or TANF Certification Notice that shows dates of certification.
- Letter from Food Stamp or Welfare Office that says you get Food Stamps or TANF.
- ATP Card (Authorization To Participate) with an expiration date. (Do not send your EBT card.)

If you *no longer* get Food Stamps or TANF for your child and want to find out if your child can continue to get free or reduced price meals:

A. Complete another Free and Reduced Price School Meals Application with income information for everyone in your household,
B. Write the name and the Social Security Number of each adult household member below or on another piece of paper, and
C. Send pay stubs or other papers that show your household's current income.

3. If you do not get Food Stamps or TANF for your child:

A. Write name and Social Security Number of each adult household member below.

Name	Social Security Number (See Privacy Act Statement, p1)	No Social Security Number
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐

B. Send this page along with papers that show the amount of money your household got last month from each source.

The papers you send must show the **name** of the person who received the income, the **date** it was received, **how much** was received, and **how often** it was received.

Acceptable papers include:

Jobs: Current paycheck stub or pay envelope that shows how often pay is received; letter from employer stating gross wages and how often they are paid; or business or farming papers, such as ledger or tax books.

Social Security, Pensions, or Retirement: Social Security retirement benefit letter, statement of benefits received, or pension award notice.

Unemployment, Disability, or Worker's Comp: Notice of eligibility from State employment security office, check stub, or letter from Worker's Compensation

Welfare Payments: Benefit letter from welfare agency.

Child Support or Alimony: Court decree, agreement, or copies of checks received.

Other income (such as rental income): Information that shows the amount of income received, how often it is received, and the date received.

No income: A brief note explaining how you provide food, clothing and housing for your household, and when you expect an income.

WE HAVE CHECKED YOUR APPLICATION

School: _____ Date: _____

Dear _____:

We checked the information you sent us to prove that **[name of child]** is eligible for free or reduced price meals and have decided that:

- ☐ Your child's eligibility has not changed.
- ☐ Starting **[date]**, your child's eligibility for meals will be changed **from reduced price to free** because your income is within the free meal eligibility limits. Your child will receive meals at no cost. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ☐ Starting **[date]**, your child's eligibility for meals will be changed **from free to reduced price** because your income is over the limit. Reduced price meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. You must tell the school when your household income goes up by more than $50 per month ($600 per year) or when your household size goes down.
- ☐ Starting **[date]**, **your child is no longer eligible** for free or reduced price meals for the following reason(s):
  ___ Records show that you are not receiving Food Stamps or TANF at this time.
  ___ Your income is over the limit for free or reduced price meals.
  ___ You did not provide: _____
  ___ You did not respond to our request.

  Meals cost **[$]** for lunch and **[$]** for breakfast. If your household income goes down or your household size goes up, you may apply again. If you did not provide proof of current eligibility, you will be asked to do so if you reapply.

If you disagree with this decision, you may discuss it with **[name]** at **[phone]**. You also have the right to a fair hearing. If you request a hearing by **[date]**, your child will continue to receive free or reduced price meals until the decision of the hearing official is made. You may request a hearing by calling or writing to: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sincerely,

[signature]

Non-Discrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write to *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* or call 202-720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

VERIFICATION TRACKER FOR SCHOOL USE

Date Verification Notice Sent: _____

Date Response Due from Household: _____

Date Second Notice Sent (or N/A): _____

Approval Based On:

- ☐ Food Stamp/TANF Case Number
- ☐ Household Size and Income

Verification Result:

- ☐ No Change
- ☐ Free to Reduced
- ☐ Free to Paid
- ☐ Reduced to Free
- ☐ Reduced to Paid

Reason for Change:

- ☐ Income: _____
- ☐ Household Size: _____
- ☐ Change in Food Stamp/TANF
- ☐ Did not respond
- ☐ Other: _____

Date Notice of Change Sent: _____

Date Change Made: _____

Date Hearing Requested: _____

Hearing Decision: _____

Verifying Official's Signature: _____

Date: _____

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido, y Formulario de Verificación – Formato Largo, Varios Niños

Este paquete contiene:

Información Requerida que tiene que darse a los hogares:
- Carta para los Hogares
- Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Material Opcional relacionado con la solicitud que puede ser provisto a los hogares:
- Página Portada
- Respuestas a Otras Preguntas que Pueda Tener Acerca del Proceso de Solicitud
- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Información sobre verificación de elegibilidad:
- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación
- Hoja de Control de Verificación para Uso de la Escuela

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse al revés y al derecho. Usted necesitará identificar los beneficios ofrecidos en su escuela tales como meriendas después de clases. **[Corchetes en negro]** indican el lugar donde usted necesita añadir la información específica de su distrito escolar. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP), o si es necesario, añadir el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), usted tendrá que añadir esta información apropiadamente. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

[State agency address]

Almuerzo, Desayuno y Meriendas despues de la Escuela

[Insert School District Letterhead]

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **[Name of School]** ofrece comidas nutritivas todos los días de escuela. El desayuno tiene un precio de **[$]**; el almuerzo **[$]**. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **[$]** para el desayuno y **[$]** para el almuerzo.

Para solicitar comidas gratis o de precio reducido, favor de usar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis y de Precio Reducido la cual está incluída en el paquete. Nosotros no podemos aprobar una solicitud incompleta, asi es que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Envíe la solicitud completa a: [name, address, phone number].**

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que podría encontrar en el proceso de solicitud:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF (Asistencia Provisional para Familias Necesitadas) y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido.

2. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podriamos pedirle que envie prueba escrita de la información provista.

3. **¿Qué pasa si yo dejo de recibir Cupones para Alimentos o TANF?** Si sus niños califican debido a que usted anotó un número de caso de Cupones para Alimentos o TANF, usted tiene que notificar a la escuela cuando usted ya no reciba Cupones para Alimentos o TANF.

4. **¿Qué pasa si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos?** Si sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido basado en sus ingresos, usted tiene que decirnos si el tamaño de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de $50 mensuales ($600 anuales). Llámenos al **[phone number]**. Usted no tendrá que llenar otra solicitud.

5. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.

6. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. Usted también podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number]**.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al teléfono: ***[phone number].***

Sinceramente,

[signature]

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica cómo nosotros usaremos la información que usted nos brinde.
La Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud, a no ser que se anote el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF asignados a los hijos para los cuales está solicitando, o si usted está solicitando para menores bajo la supervisión de servicios sociales. Usted tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el miembro adulto del hogar firmando 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 cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos COMPARTIR su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para esos programas; auditores para revisar programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de programas.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la pólitica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y DE PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en la Escuela (Todos tienen que llenar esta parte)

Usted tiene que escribir el nombre de cada niño que asiste a la escuela. Escriba el nombre de la escuela, grado y número de caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe). Use una solicitud para cada niño bajo su cuidado o custodia.

Nombre de los niños en la escuela (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Número del Caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe)

Si usted escribió un número de caso del Programa de Cupones para Alimentos/TANF para CADA niño, siga en la Parte 4.

Parte 2. Menor bajo la supervisión de servicios sociales (Llene esta parte solamente si esta solicitud es para un menor supervisado por servicios sociales)

Si esta solicitud es para un niño el cual es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o corte legal, escriba la cantidad del ingreso mensual personal del niño: $_____ Ahora pase a la Parte 4.

Parte 3. Ingreso Total del Hogar del Mes Pasado (Llene ésta parte solamente si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF y si esta solicitud no es para un menor supervisado por servicios sociales)

Siga las instrucciones cuidadosamente para reportar el ingreso del hogar del mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y el apellido de **cada** persona que vive en su hogar, sean miembros de la familia o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a todos los niños. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Ingreso del mes pasado y cuántas veces fue recibido: Escriba los tipos de ingreso que su hogar recibió el mes pasado y cuantas veces lo recibió. *Ingresos de empleo:* Escriba el **ingreso total** que cada persona ganó el mes pasado, **O** el ingreso mensual usual de cada persona. Esta cantidad no lo mismo que usted lleva a casa. **Ingreso total es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** La cantidad aparecerá en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Adjunto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente).

Por ejemplo, si la cantidad de su cheque antes de las deducciones es $300, escriba:

- $300/mensualmente si se le paga una vez al mes
- $300/dos veces al mes si le pagan *dos veces al mes* (ya sea el 1 o el 15 del mes)
- $300/cada otra semana si le pagan *cada dos semanas* (es decir, cada 14 dias)
- $300/semanales si le pagan *cada semana*

Otros Ingresos: Anote el total de la cantidad que cada persona recibió de cualquier otro origen, tal como asistencia de beneficios sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Compensación de Trabajo, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA), beneficios por incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocio propio, si recibe algún subsidio agrícola o algún otro ingreso de renta. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.

Columna 3– Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

1. Nombre (Anote a **todos** en su hogar)	2. Ingresos del mes pasado y cuántas veces fue recibido *Ejemplo: $100/mensuales $100/dos veces al mes $100/cada 2 semanas $100/semanales*				3. Marque si NO hay ingresos
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Asistencia de Beneficios Sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
((Ejemplo) Maria Cortes	$200/semanal	$150/semanal	$100/mensual	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia deberá firmar esta solicitud. (El Número de Seguro Social no es necesario si la solicitud incluye el número de caso del Programa de Cupones para Alimentos o TANF, o si el menor está bajo la supervisión de servicios sociales.) Si no posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aqui: X_____

Número de Seguro Social: __ __ __ - __ __ - __ __ __ __ ❑ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

(Usted no tiene que responder pero nos ayudaría a asegurarnos que todos son tratados de forma equitativa.)

Marque una o más de las identidades raciales

- ❑ Asiático
- ❑ De raza Negra o Afro-Americano
- ❑ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- ❑ Hawaiano o de Otra Isla del Pacífico
- ❑ Blanco

Marque una identidad étnica:

- ❑ Hispano o Latino
- ❑ No Hispano o Latino

Envíe esta solicitud a [name and address].

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: ____ Household size: ____ FS/TANF: ____ Date Withdrawn: ____

Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason: ____

Temporary: Free ____ Reduced ____ Time Period: ____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: ____ Date: ____

RESPUESTAS A OTRAS PREGUNTAS QUE PUEDA TENER ACERCA DEL PROCESO DE SOLICITUD

1. ¿Tengo que llenar esta solicitud? No. Usted no tiene que llenar esta solicitud a menos que quiera solicitar comidas gratis o a precio reducido para sus niños.

2. ¿Tengo que llenar una solicitud si he recibido una carta en este año escolar diciendo que mis niños han sido aprobados para recibir comidas gratis o a precio reducido? Por favor lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **[phone number]** si todavía tiene preguntas.

3. ¿Quién puede solicitar? Usted puede solicitar por cualquier niño en su casa que asista a una escuela que sirve comidas bajo el Programa Nacional de Almuerzo Escolar o el Programa de Desayuno Escolar.

4. ¿Puedo solicitar si alguien en mi hogar no es ciudadano Americano? Sí. Usted no tiene que ser ciudadano Americano para calificar para comidas gratis o a precio reducido.

5. ¿Serán mis niños tratados diferentemente si ellos reciben comidas gratis o de precio reducido? No. Sus niños no serán identificados o tratados diferentemente de otros niños que pagan precio completo por sus comidas.

6. ¿Qué pasa si algunos de mis niños reciben Cupones para Alimentos o TANF y otros no? En la Parte 1 de la solicitud, anote los números de casos de Cupones para Alimentos o TANF para aquellos niños que lo reciben. Llene la Parte 3 dando los nombres de todos los miembros de su hogar y el ingreso que cada uno recibió el mes pasado. Bajo "Ingresos" incluya los pagos de TANF que su hogar recibe pero no el valor de los Cupones para Alimentos. Firme la solicitud y dé su Número de Seguro Social.

7. ¿Si yo ya no recibo Cupones para Alimentos o TANF puedo escribir mi número de caso anterior? No. Solamente el número del caso activo de Cupones para Alimentos puede ser usado.

8. ¿Puedo usar mi número EBT para recibir comidas gratis? No. Usted tiene que usar el número de caso de Cupones para Alimentos actual. Llame al respectivo trabajador de caso si usted no sabe su número.

9. ¿A quiénes puedo incluir como miembros de mi hogar? Usted tiene que incluir a todas las personas que viven en su casa, familiares o no (tales como abuelos, otros familiares o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a todos los niños.

10. ¿Qué pasa si mis ingresos del mes pasado fueron más o menos que lo normal? Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe $1000 cada mes pero usted dejó de trabajar algunos días el mes pasado y solamente recibió $900, escriba $1000 por mes. Si usted normalmente recibe pago por extra tiempo, inclúyalo pero no lo haga si solamente lo recibe algunas veces.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o a precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o a bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que sus niños califican para comidas gratis o de precio reducido *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos*.** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos (El hecho de llenar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y mándela (El mandar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido).

☐ Sí. Yo **QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid y El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó Sí, deténgase aqui. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Nosotros compartiremos la información automáticamente.

☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó no, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Firma del Padre o Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado:_____ Domicilio:_____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Regrese esta forma a: [address] antes de [date].

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podrían calificar sus niños. **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido.**

- ☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aqui si marcó No. Usted no tiene que completar o mandar ésta forma. Su información no será compartida.

- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Domicilio: _____

Para mas información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Mande esta forma a: [address] antes de [date].

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido ha sido seleccionada para ser verificada. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente los niños elegibles obtienen comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que prueba que **[names of children]** son elegibles.

Envie uno de los siguientes:

1. Prueba de que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus hijos. La sección 2 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe enviar. Vea la sección 1 en el caso de niños supervisados por Servicios Sociales.

O:

2. Nombre y Número de Seguro Social* de cada uno de los miembros adultos del hogar y prueba del ingreso actual de su hogar. La sección 3 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe enviar.

Si es posible, envie copias y no documentos originales. Si usted envia los originales, éstos serán devueltos si usted nos lo pide.

Usted tiene que enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o sus hijos dejarán de recibir comidas gratis o de precio reducido.

Envie la información a: [address].

Si tiene preguntas o necesita ayuda por favor llame a **[name]** al **[phone]**.

Sinceramente,

[signature]

***Declaración del Acta de Privacidad:** Usted tiene que dar su Número de Seguro Social de cada miembro adulto del hogar o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social". Esto es requisito de la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. Nosotros podríamos usar el Número de Seguro Social para verificar la información que nos dió acerca del ingreso de su hogar. Usted no tiene que dar su número de Seguro Social o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social", pero si no lo da, su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la pólitica del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

INFORMACIÓN QUE NOS TIENE QUE ENVIAR

1. Si usted tiene un menor bajo la supervisión de servicios sociales:

Envie los documentos oficiales de la agencia que patrocina al niño(a).

2. Si usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus niños, envie una copia de uno de los documentos siguientes:

- Carta de Certificación de Cupones para Alimentos o TANF mostrando las fechas de certificación.
- Carta de la Oficina de Cupones para Alimentos o de la Oficina de Bienestar Social donde diga que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF.
- Tarjeta ATP (Autorización para Participar) con la fecha de expiración. (No envie su tarjeta EBT).

Si usted *ya no recibe* Cupones para Alimentos o TANF para sus niños y quiere saber si sus niños pueden seguir recibiendo comidas gratis o de precio reducido:

A. Complete otra Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con información de ingresos de todos en su hogar.
B. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo o en otra hoja de papel, y
C. Envie comprobantes de pago u otros papeles los cuales muestren el ingreso actual de su hogar.

3. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus niños:

A. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo.

Nombre	Número de Seguro Social (Véase Declaración del Acta de Privacidad, p1)	Sin Número de Seguro Social
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐

B. Envie esta página junto con papeles que muestren la cantidad de dinero que su hogar obtuvo el mes pasado y el origen de cada ingreso.

Los papeles que usted envie deben de mostrar el **nombre** de la persona que recibe el ingreso, la **fecha** en la cual fue recibido, **cuánto** recibió, y con **cuanta frecuencia** se recibió.

Entre los papeles admisibles, se incluyen:

Trabajos: Talonario de cheques actuales o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o papeles de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.

Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta del premio jubilatorio.

Desempleo, Incapacidad, o Compensación de Trabajo: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de la compensación de trabajo.

Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.

Ayuda Infantil o Asistencia por Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia, cómo se recibe y la fecha en que se recibió.

Ningún ingreso: Una nota breve explicando cómo usted provee comida, vestimenta y techo para su hogar y cuando usted espera recibir ingreso.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos mandó para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o de precio reducido y hemos decido que:

- ☐ El estado de elegibilidad de sus niños no ha cambiado.

- ☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o de precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Sus niños recibirán comidas sin costo alguno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

- ☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de sus niños para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

- ☐ A partir de **[date], sus niños ya no serán elegibles** para recibir comidas gratis o de precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):

  ___ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
  ___ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o de precio reducido.
  ___ Usted no proveyó: _____
  ___ Usted no respondió a nuestra solicitud.

  Las comidas cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar baja o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no dió prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga sí usted decide aplicar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** sus niños continuarán recibiendo comidas gratis o de precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name], [address], [phone number]**.

Sinceramente,

[signature]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

HOJA DE CONTROL DE VERIFICACIÓN PARA USO DE LA ESCUELA

Fecha en la cual se envió la Carta de Verificación: _____

Fecha límite para que el hogar responda: _____

Fecha cuando se envió segunda carta (o N/A): _____

Aprobación basada en:

- ☐ Número de caso de Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ Tamaño del Hogar e Ingresos

Resultado de la Verificación:

- ☐ Ningún Cambio
- ☐ De Gratis a Reducido
- ☐ De Gratis a Pagado
- ☐ De Reducido a Gratis
- ☐ De Reducido a Pagado

Razón para el Cambio:

- ☐ Ingresos: _____
- ☐ Tamaño del Hogar:_____
- ☐ Cambio en Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ No respondió
- ☐ Otro:_____

Fecha en la cual se mandó la Noticia de Cambio: _____

Fecha en la cual se hizo el cambio: _____

Fecha para una audiencia: _____

Decisión de la audiencia: _____

Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido, y Formulario de Verificación – Formato Corto, Varios Niños

Este paquete contiene:

Información Requerida que tiene que darse a los hogares:
- Carta para los Hogares
- Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Material Opcional relacionado con la solicitud que puede ser provisto a los hogares:
- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Material Informativo con respecto a la Verificación de Elegibilidad:
- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación
- Hoja de Control de Verificación para Uso de la Escuela

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse al revés y al derecho. Usted necesitará identificar los beneficios ofrecidos en su escuela tales como meriendas después de clases. **[Corchetes en negro]** indican el lugar donde usted necesita añadir la información específica de su distrito escolar. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP), o si es necesario, añadir el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), usted tendrá que añadir esta información apropiadamente. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **[Name of School]** ofrece comidas nutritivas todos los días de escuela. El desayuno tiene un precio de **[$]**; el almuerzo **[$]**. Sus niños podrían calificar para comidas gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **[$]** para el desayuno y **[$]** para el almuerzo.

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, favor de usar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido la cual está incluída en el paquete. Nosotros no podemos aprobar una solicitud incompleta, asi es que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Envíe la solicitud completa a: [name, address, phone number].**

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que podríatener en el proceso de solicitud:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF (Asistencia Provisional para Familias Necesitadas) y la mayoría de los menores bajo la supervisiónde servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, sus niños pueden recibir comidas gratis o a precio reducido.

2. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que envie prueba escrita de la información provista.

3. **¿Qué pasa si yo dejo de recibir Cupones para Alimentos o TANF?** Si sus niños califican debido a que usted anotó un número de caso de Cupones para Alimentos o TANF, usted tiene que decirle a la escuela cuando usted ya no reciba Cupones para Alimentos o TANF.

4. **¿Qué pasa si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos?** Si sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido basado en sus ingresos, usted tiene que decirnos si el tamaño de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de $50 mensuales ($600 anuales). Llámenos al **[phone number]**. Usted no tendrá que llenar otra solicitud.

5. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar después?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus niños podrían recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.

6. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. Usted también podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number]**.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al teléfono: ***[phone number]***.

Sinceramente,

[signature]

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

Use una solicitud individual para cada menor bajo la supervisión de servicios sociales.

Use otra solicitud para el resto de los niños.

Si ustedsolicita por un MENOR BAJO LA SUPERVISION DE SERVICIOS SOCIALES, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre de cade niño(a), escuela y grado.
Parte 2: Escriba el ingreso mensual para el uso personal del niño, si lo hay.
Parte 3: Déje esta parte en blanco.
Parte 4: Firme el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Si su hogar recibe CUPONES PARA ALIMENTOS O TANF, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre de cada niño(a), escuela, grado, y número de caso de Cupones para Alimentos o TANF.
Parte 2: Déje esta parte en blanco.
Parte 3: Déje esta parte en blanco.
Parte 4: Firme el formulario. El Número de Seguro Social no es necesario.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

PARA TODOS LOS OTROS HOGARES, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre de cada niño(a), escuela y grado.
Parte 2: Déje esta parte en blanco.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso familiar total del mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y apellido de **cada** persona viviendo en su hogar, sean miembros de la familia o no (tal como abuelos, otros familiares o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo(a) y todos los niños. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Escriba los tipos de ingreso ingreso que su hogar recibió el mes pasado y cuantas veces lo recibió. *Ingresos de Empleo*: Escriba el **ingreso total** que cada persona ganó el mes pasado, **O** el ingreso mensual usual de cada persona. Esta cantidad no es la misma cantidad que usted lleva a casa. **Ingreso total es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** Deberá aparecer en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Adjunto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes, o mensualmente).

Otros Ingresos: Anote el total de la cantidad que cada persona recibió de cualquier otro origen, tal como asistencia de beneficios sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Compensación de Trabajo, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA), beneficios para incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocios propios, si recibe algún subsidio agrícola o algún otro ingreso de renta. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.

Columna 3–Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

Parte 4: Un miembro adultode la familia debe firmar la solicitud y escribir su Número de Seguro Social. Si es que no posée un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Parte 5: **Identidad étnica y racial de los niños (opcional).** Usted no tiene que responder pero nos ayudaría a asegurarnos que todos son tratados de forma equitativa.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niños en la Escuela

Nombre de los niños en la escuela (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Número de Caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe)

Si usted escribió un número de caso de Cupones para Alimentos/TANF para CADA niño(a), siga en la Parte 4.

Parte 2. Menor a Cargo de Servicios Sociales

Si esta solicitud es para un niño el cual es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o corte legal, escriba la cantidad del ingreso mensual personal del niño: $_____ Ahora pase a la Parte 4.

Parte 3. Ingreso Total Mensual del Hogar del Mes Pasado—Díganos cuanto y cuantas veces

1. Nombre (Anote a **todos** en su hogar)	**2. Ingresos del mes pasado y cuantas veces fue recibido** *Ejemplo: $100/mensuales $100/dos veces al mes $100/cada 2 semanas $100/semanales*				**3. Marque si NO hay ingresos**
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Asistencia de Beneficios Sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
(Ejemplo) Maria Cortes	$200/semanal	$150/semanal	$100/mensual	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	❑

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. Si la Parte 3 está completa, el adulto que firme la solicitud tiene también que escribir su Número de Seguro Social. Si posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social". (Veáse la Declaración del Acta de Privacidad en el revés de esta página).

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aqui: X_____

Número de Seguro Social: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ❑ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial de los niños (opcional)

Marque una o mas de las identidades raciales:

❑ Asiático ❑ De raza Negra o Afro-Americano ❑ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ❑ Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico ❑ Blanco

Marque una identidad étnica:

❑ Hispano o Latino ❑ No Hispanio o Latino

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33; Every 2 Weeks x 2.15; Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ____ FS/TANF: ____ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason: _____

Temporary: Free ____ Reduced ____ Time Period: _____ (expires after ___ days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o de precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica cómo nosotros usaremos la información que usted nos brinde.
La Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud, a no ser que se anote el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF para todos los hijos para los cuales está solicitando, o si usted está solicitando para menores bajo la supervisión de servicios sociales. Usted tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el miembro adulto del hogar firmando 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 cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos COMPARTIR su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para esos programas; con auditores para revisar programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre/Encargado:

Si sus niños reciben comidas gratis o de precio reducido, ellos podrían recibir también seguro médico gratis o de bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que sus niños califican para comidas gratis o a precio reducido *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos*.** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a sus hijos (El hecho de llenar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y mándela (El mandar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis o de precio reducido).

☐ Sí. Yo **QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid y El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó Sí, deténgase aqui. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Nosotros compartiremos la información automáticamente.

☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó no, por favor llene la forma que aparece abajo.

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Firma del Padre o Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado:_____ Domicilio:_____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Regrese esta forma a: [address] antes de [date].

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podrían calificar sus niños. **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que sus niños reciban comidas gratis o de precio reducido.**

☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aqui si marcó No. Usted no tiene que completar o mandar ésta forma. Su información no será compartida.

☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Domicilio: _____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Mande esta forma a: [address] antes de [date].

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido ha sido seleccionada para ser verificada. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente niños elegibles obtengan comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que prueba que **[names of children]** son elegibles.

Envie uno de los siguientes:

1. Prueba de que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus hijos. La sección 2 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar. Vea la sección 1 en el caso de menores supervisados por Servicios Sociales.

O:

2. Nombre y Número de Seguro Social* de cada uno de los miembros adultos del hogar y prueba del ingreso actual de su hogar. La sección 3 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar.

Si es posible, envie copias y no documentos originales. Si usted envia los originales, éstos serán devueltos si usted nos lo pide.

Usted tiene que mandar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o sus hijos dejarán de recibir comidas gratis o de precio reducido.

Mande la información a: [address].

Si tiene preguntas o necesita ayuda por favor llame a **[name]** al **[phone]**.

Sinceramente,

[signature]

***Declaración del Acta de Privacidad:** Usted tiene que dar su Número de Seguro Social de cada miembro adulto del hogar o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social". Esto es requisito de la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. Nosotros podríamos usar el Número de Seguro Social para verificar la información que nos dió acerca del ingreso de su hogar. Usted no tiene que dar su número de Seguro Social o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social", pero si no lo da, su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

INFORMACIÓN QUE NOS TIENE QUE ENVIAR

1. Si usted tiene un menor bajo la supervisión de servicios sociales:

Envie los documentos oficiales de la agencia patrocinando al niño(a).

2. Si usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus niños, envie una copia de uno de los documentos siguientes:

- Carta de Certificación de Cupones para Alimentos o TANF mostrando las fechas de certificación.
- Carta de la oficina de Cupones para Alimentos o de la Oficina de Bienestar Social donde diga que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF.
- Tarjeta ATP (Autorización para Participar) con la fecha de expiración. (No envie su tarjeta EBT).

Si usted *ya no recibe* Cupones para Alimentos o TANF para sus niños y quiere saber si sus niños pueden seguir recibiendo comidas gratis o de precio reducido:

A. Complete otra Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con información de ingresos de todos en su hogar.
B. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo o en otra hoja de papel, y
C. Envie comprobantes de pago u otros papeles los cuales muestren el ingreso actual de su hogar.

3. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para sus niños:

A. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo.

Nombre	Número de Seguro Social (Véase Declaración del Acta de Privacidad, p1)	Sin Número de Seguro Social
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐
_____	___ - __ - ____	☐

B. Envie esta página junto con papeles que muestren la cantidad de dinero que su hogar obtuvo el mes pasado y el origen de cada ingreso.

Los papeles que usted mande deben de mostrar el **nombre** de la persona que recibe el ingreso, la **fecha** en la cual fue recibido, **cuanto** recibió, y con **cuanta frecuencia** se recibió.

Entre los papeles admisibles, se incluyen:

Trabajos: Talonarios de cheques actuales o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o papeles de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.
Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta del premio jubilatorio.
Desempleo, Incapacidad, o Compensación de Trabajo: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de la compensación de trabajo.
Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.
Ayuda Infantil o Asistencia por Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.
Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia, cómo se recibe y la fecha en que se recibió.
Ningún ingreso: Una nota breve explicando cómo usted provee comida, vestimenta y techo para su hogar y cuando usted espera obtener un ingreso.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos mandó para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decido que:

☐ El estado de elegibilidad de sus niños no ha cambiado.

☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Sus niños recibirán comidas sin costo alguno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de sus niños para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

☐ A partir de **[date]**, **sus niños ya no serán elegibles** para recibir comidas gratis o a precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):

___ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
___ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
___ Usted no proveyó: _____
___ Usted no respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar baja o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga si usted decide solicitar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** sus niños continuarán recibiendo comidas gratis o a precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**.

Sinceramente,

[signature]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

HOJA DE CONTROL DE VERIFICACIÓN PARA USO DE LA ESCUELA

Fecha en la cual se envió la Carta de Verificación: _____

Fecha límite para que el hogar responda: _____

Fecha cuando se envió segunda carta (o N/A): _____

Aprobación basada en:

- ☐ Número de caso de Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ Tamaño del Hogar e Ingresos

Resultado de la Verificación:

- ☐ Ningún Cambio
- ☐ De Gratis a Reducido
- ☐ De Gratis a Pagado
- ☐ De Reducido a Gratis
- ☐ De Reducido a Pagado

Razón para el Cambio:

- ☐ Ingresos: _____
- ☐ Tamaño del Hogar:_____
- ☐ Cambio en Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ No respondió
- ☐ Otro:_____

Fecha en la cual se mandó la Noticia de Cambio: _____

Fecha en la cual se hizo el cambio: _____

Fecha para una audiencia: _____

Decisión de la audiencia: _____

Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido, y Formulario de Verificación,– Formato Largo, Un Niño

Este paquete contiene:

Información Requerida que tiene que darse a los hogares:
- Carta para los Hogares
- Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Material Opcional relacionado con la solicitud que puede ser provisto a los hogares:
- Página Portada
- Respuestas a Otras Preguntas que Pueda Tener Acerca del Proceso de Solicitud
- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Material Informativo sobre Verificación de Elegibilidad:
- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación
- Hoja de Control de Verificación para Uso de la Escuela

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse al revés y al derecho. Usted necesitará identificar los beneficios ofrecidos en su escuela tales como meriendas después de clases. **[Corchetes en negro]** indican el lugar donde usted necesita añadir la información específica de su distrito escolar. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP), o si es necesario, añadir el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), usted tendrá que añadir esta información apropiadamente. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

[State agency address]

Almuerzo, Desayuno y Meriendas despues de la Escuela

[Insert School District Letterhead]

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **[Name of School]** *ofrece comidas nutritivas todos* los días de escuela. El desayuno tiene un precio de **[$]**; el almuerzo **[$]**. Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **[$]** para el desayuno y **[$]** para el almuerzo.

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, favor de usar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido la cual está incluída en el paquete. Nosotros no podemos aprobar una solicitud incompleta, *así es que asegúrese de llenar toda la información requerida.* **Envíe la solicitud completa a: [name, address, phone number].**

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que podríatener en el proceso de solicitud:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF (Asistencia Provisional para Familias Necesitadas) y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido.

2. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que mande prueba escrita de la información provista.

3. **¿Qué pasa si yo dejo de recibir Cupones para Alimentos o TANF?** Si su niño(a) califica debido a que usted anotó un número de caso de Cupones para Alimentos o TANF, usted *tiene que decirle a la* escuela cuando usted ya no reciba Cupones para Alimentos o TANF.

4. **¿Qué pasa si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos?** Si su niño(a) califica para comidas gratis o a precio reducido basado en sus ingresos, usted tiene que decirnos si el tamaño de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de $50 mensuales ($600 anuales). Llámenos al **[phone number]**. Usted no tendrá que llenar otra solicitud.

5. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar después?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.

6. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. Usted también podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number]**.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al teléfono: ***[phone number].***

Sinceramente,

[signature]

Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar ____			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos brinde.
La Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud, a no ser que se anote el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF para el hijo(a) para el cual está solicitando, o si usted está solicitando para un menor bajo la supervisión de servicios sociales. Usted tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el miembro adulto del hogar firmando la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros USAREMOS su información para evaluar si su hijo(a) califica para comidas gratis o de precio reducido, para desarrollar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos COMPARTIR su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores para revisar programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O DE PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niño(a) en la Escuela (Todos tienen que llenar esta parte)

Usted tiene que escribir el nombre del niño(a) que asiste a la escuela. Escriba el nombre de la escuela, grado y número de caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe). Use una solicitud para cada niño bajo su cuidado o custodia.

Nombre del niño(a) en la escuela (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Número del Caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe)

Si usted escribió un número de caso del Programa de Cupones para Alimentos/TANF para SU niño(a) siga en la Parte 4.

Parte 2. Menor bajo la supervisión de servicios sociales (Llene esta parte solamente si esta solicitud es para un menor supervisado por servicios sociales)

Si esta solicitud es para un niño el cual es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o corte legal, escriba la cantidad del ingreso mensual personal del niño: $_____ Ahora pase a la Parte 4.

Parte 3. Ingreso Total del Hogar del Mes Pasado (Llene ésta parte solamente si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF y si esta solicitud no es para un menor bajo la supervision de servicios sociales.)

Siga las instrucciones cuidadosamente para reportar el ingreso del hogar del mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y el apellido de **cada** persona que vive en su hogar, sean miembros de la familia o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a su niño(a). Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Escriba los tipos de ingreso que su hogar recibió el mes pasado y cuantas veces lo recibió. *Ingresos de empleo:* Escriba el **ingreso total** que cada persona ganó el mes pasado, **O** el ingreso mensual usual de cada persona. Esta cantidad no es la misma cantidad que usted lleva a casa. **Ingreso total es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** Deberá aparecer en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Adjunto a la cantidad, escriba cuantas veces la recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes o mensualmente).

Por ejemplo si la cantidad de su cheque antes de las deducciones es $300, escriba:

- $300/mensualmente si se le paga una vez al mes
- $300/dos veces al mes si le pagan *dos veces al mes* (ya sea el 1 o el 15 del mes)
- $300/cada otra semana si le pagan *cada dos semanas* (es decir, cada 14 dias)
- $300/semanales si le pagan *cada semana*

Otros Ingresos: Anote el total de la cantidad que cada persona recibió de cualquier otro origen, tal como asistencia de beneficios sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Compensación de Trabajo, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA), beneficios para incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocios propios, si recibe algún subsidio agrícola o algún otro ingreso de renta. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.

Columna 3– Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

1. Nombre (Anote a **todos** en su hogar)	2. Ingresos del mes pasado y cuántas veces fue recibido *Ejemplo: $100/mensuales $100/dos veces al mes $100/cada 2 semanas $100/semanales*				3. Marque si NO hay ingresos
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Asistencia de Beneficios Sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
((Ejemplo) Maria Cortes	$200/semanal	$150/semanal	$100/mensual	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑
	$____/____	$____/____	$____/____	$____/____	❑

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. (Si la solicitud incluye el número del caso del Programa de Cupones para Alimentos o TANF, o si el menor está bajo la supervisión de servicios sociales, un Número de Seguro Social no es necesario). Si no posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mi niño(a) podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aqui: X_____

Número de Seguro Social: __ __ __ - __ __ - __ __ __ __ ❑ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial del niño (opcional)

(Usted no tiene que responder pero nos ayudaría a asegurarnos que todos son tratados de forma equitativa.)

Marque una o mas de las identidades raciales

- ❑ Asiático
- ❑ De raza Negra o Afro-Americano
- ❑ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- ❑ Hawaiano o de Otra Isla del Pacífico
- ❑ Blanco

Marque una identidad étnica:

- ❑ Hispano o Latino
- ❑ No Hispano o Latino

Envíe esta solicitud a [name and address].

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33; Every 2 Weeks x 2.15; Twice A Month x 2

Monthly Income: ____ Household size: ____ FS/TANF: ____ Date Withdrawn: ____

Eligibility: Free____ Reduced____ Denied____ Reason: ____

Temporary: Free____ Reduced____ Time Period: ____ (expires after __ days)

Determining Official's Signature: ____ Date: ____

RESPUESTAS A OTRAS PREGUNTAS QUE PUEDA TENER ACERCA DEL PROCESO DE SOLICITUD

1. ¿Tengo que llenar esta solicitud? No. Usted no tiene que llenar esta solicitud a menos que quiera solicitar para comidas gratis o a precio reducido para su niño(a).

2. ¿Tengo que llenar una solicitud si he recibido una carta en este año escolar diciendo que mi niño(a) ha sido aprobado para recibir comidas gratis o a precio reducido? Por favor lea cuidadosamente la carta que recibió y siga las instrucciones. Llame a la escuela al **[phone number]** si todavía tiene preguntas.

3. ¿Quién puede solicitar? Usted puede solicitar por cualquier niño en su casa que asista a una escuela que sirve comidas bajo el Programa Nacional de Almuerzo Escolar o el Programa de Desayuno Escolar.

4. ¿Puedo solicitar si alguien dentro de mi hogar no es ciudadano Americano? Sí. Usted no tiene que ser ciudadano Americano para calificar para comidas gratis o a precio reducido.

5. ¿Será mi niño(a) tratado(a) diferentemente porque él o ella recibe comidas gratis o a precio reducido? No. Su niño(a) no será identificado(a) o tratado(a) diferentemente de otros niños que pagan precio completo por sus comidas.

6. ¿Qué pasa si algunos de mis niños reciben Cupones para Alimentos o TANF y otros no? En la Parte 1 de la solicitud, anote los números de casos de Cupones para Alimentos o TANF para aquellos niños que lo reciben. Llene la Parte 3 dando los nombres de todos los miembros de su hogar y el ingreso que cada uno recibió el mes pasado. Bajo "Ingresos" incluya los pagos de TANF que su hogar recibe pero no el valor de los Cupones para Alimentos. Firme la solicitud y dé su Número de Seguro Social.

7. ¿Si yo ya no recibo Cupones para Alimentos o TANF puedo escribir mi número de caso anterior? No. Solamente el número del caso activo de Cupones para Alimentos puede ser usado.

8. ¿Puedo usar mi número EBT para recibir comidas gratis? No. Usted tiene que usar el número de caso de Cupones para Alimentos actual. Llame al respectivo trabajador de caso si usted no sabe su número.

9. ¿A quiénes puedo incluir como miembros de mi hogar? Usted tiene que incluir a todas las personas que viven en su casa, familiares o no (tales como abuelos, otros familiares o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo y a todos los niños.

10. ¿Qué pasa si mis ingresos del mes pasado fueron más o menos que lo normal? Escriba la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted normalmente recibe $1000 cada mes pero usted dejó de trabajar algunos días el mes pasado y solamente recibió $900, escriba $1000 por mes. Si usted normalmente recibe pago por extra tiempo, inclúyalo pero no lo haga si solamente lo recibe algunas veces.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre/Encargado:

Si su niño(a) recibe comidas gratis o a precio reducido, él o ella también podría recibir seguro médico gratis o de bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que su niño(a) califica para comidas gratis o a precio reducido *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos*.** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a su hijo(a) (El hecho de llenar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido no inscribe automáticamente a su hijo(a) para seguro médico).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP, llene la forma que aparece abajo y mándela (El mandar esta forma no cambiará el que su hijo(a) reciba comidas gratis o de precio reducido).

☐ Sí. Yo **QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid y El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó Sí, deténgase aquí. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Nosotros compartiremos la información automáticamente.

☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó No, por favor llene lo siguiente.

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Firma del Padre o Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado:_____ Domicilio:_____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Regrese esta forma a: [address] antes de [date].

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podría calificar su niño(a). **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que su niño(a) reciba comidas gratis o a precio reducido.**

- ☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aqui si marcó No. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Su información no será compartida.

- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Domicilio: _____

Para mas información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Mande esta forma a: [address] antes de [date].

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido ha sido seleccionada para ser verificada. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente niños elegibles obtienen comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que prueba que **[name of child]** es elegible.

Envie uno de los siguientes:

1. Prueba de que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su hijo o hija. La sección 2 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar. Vea la sección 1 en el caso de niños bajo la supervisión de Servicios Sociales.

O:

2. Nombre y Número de Seguro Social* de cada uno de los miembros adultos del hogar y prueba del ingreso actual de su hogar. La sección 3 en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar.

Si es posible, envie copias y no documentos originales. Si usted envia los originales estos serán devueltos si usted nos lo pide.

Usted tiene que enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Envie la información a: [address]

Si tiene preguntas o necesita ayuda por favor llame a **[name]** al **[phone]**.

Sinceramente,

[signature]

***Declaración del Acta de Privacidad:** Usted tiene que dar su Número de Seguro Social de cada miembro adulto del hogar o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social". Esto es requisito de la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. Nosotros podríamos usar el Número de Seguro Social para verificar la información que nos dió acerca del ingreso de su hogar. Usted no tiene que dar su número de Seguro Social o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social", pero si no lo da, su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

INFORMACIÓN QUE NOS TIENE QUE ENVIAR

1. Si usted tiene un menor bajo la supervisión de servicios sociales:

Mándenos documentos oficiales de la agencia que patrocina al niño(a).

2. Si usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a), envie una copia de uno de los documentos siguientes:

- Carta de Certificación de Cupones para Alimentos o TANF mostrando las fechas de certificación.
- Carta de la Oficina de Cupones para Alimentos o de la Oficina de Bienestar Social donde diga que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF.
- Tarjeta ATP (Autorización para Participar) con la fecha de expiración. (No envie su tarjeta EBT).

Si usted *ya no recibe* Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a) y quiere saber si su niño(a) puede seguir recibiendo comidas gratis o a precio reducido:

A. Complete otra Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con información de ingresos de todos en su hogar.
B. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo o en otra hoja de papel, y
C. Mande comprobantes de pago u otros papeles los cuales muestren el ingreso actual de su hogar.

3. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a):

A. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo.

Nombre	Número de Seguro Social (Véase Declaración del Acta de Privacidad, p1)	Sin Número de Seguro Social
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐
_____	__ __ __ - __ __ - __ __ __ __	☐

B. Mande ésta página junto con papeles que muestren la cantidad de dinero que su hogar obtuvo el mes pasado, de cada uno de los origenes de ingreso.

Los papeles que usted envie deben de mostrar el **nombre** de la persona que recibe el ingreso, la **fecha** en la cual fue recibido, **cuanto** recibió, y con **cuanta frecuencia** se recibió.

Entre los papeles admisibles, se incluyen:

Trabajos: Talonario de cheques actuales o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o papeles de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.

Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta del premio jubilatorio.

Desempleo, Incapacidad, o Compensación de Trabajo: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de la compensación de trabajo.

Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.

Ayuda Infantil o Asistencia por Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.

Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuanta frecuencia, cómo se recibe y la fecha en que se recibió.

Ningún ingreso: Una nota breve explicando cómo usted provee comida, vestimenta y techo para su hogar y cuando usted espera obtener un ingreso.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos mandó para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decido que:

- ❑ El estado de elegibilidad de su niño(a) no ha cambiado.

- ❑ A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Su niño(a) recibirá comidas sin costo alguno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

- ❑ A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

- ❑ A partir de **[date]**, **su niño(a) ya no será elegible** para recibir comidas gratis o de precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):

  ___ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
  ___ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
  ___ Usted no proveyó: _____
  ___ Usted no respondió a nuestra solicitud.

  Las comidas cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar baja o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga si usted decide solicitar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** su niño(a) continuará recibiendo comidas gratis o a precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name], [address], [phone number]**.

Sinceramente,

[signature]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

HOJA DE CONTROL DE VERIFICACIÓN PARA USO DE LA ESCUELA

Fecha en la cual se envió la Carta de Verificación: _____

Fecha límite para que el hogar responda: _____

Fecha cuando se envió segunda carta (o N/A): _____

Aprobación basada en:

- ☐ Número de caso de Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ Tamaño del Hogar e Ingresos

Resultado de la Verificación:

- ☐ Ningún Cambio
- ☐ De Gratis a Reducido
- ☐ De Gratis a Pagado
- ☐ De Reducido a Gratis
- ☐ De Reducido a Pagado

Razón para el Cambio:

- ☐ Ingresos: _____
- ☐ Tamaño del Hogar:_____
- ☐ Cambio en Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ No respondió
- ☐ Otro:_____

Fecha en la cual se mandó la Noticia de Cambio: _____

Fecha en la cual se hizo el cambio: _____

Fecha para una audiencia: _____

Decisión de la audiencia: _____

Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES

Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido y Formulario de Verificación– Formato Corto, Un Niño

Este paquete contiene:

Información Requerida que tiene que darse a los hogares:
- Carta para los Hogares
- Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precio Reducido

Material Opcional relacionado con la solicitud que puede ser provisto a los hogares:
- Compartiendo Información con Medicaid/SCHIP
- Compartiendo Información con Otros Programas

Material Informativo con respecto a la Verificación de Elegibilidad:
- Aviso de Selección para Verificación de Elegibilidad
- Carta de los Resultados de la Verificación
- Hoja de Control de Verificación para Uso de la Escuela

Estas páginas están diseñadas para imprimirse en papel tamaño 8½" por 11". Algunas páginas pueden imprimirse al revés y al derecho. Usted necesitará identificar los beneficios ofrecidos en su escuela tales como meriendas después de clases. **[Corchetes en negro]** indican el lugar donde usted necesita añadir la información específica de su distrito escolar. Si estos materiales no han sido modificados para incluir el nombre de su Estado para el Programa de Asistencia Provisional para Familias Necesitadas (TANF), Programa de Salud Médica Infantil del Estado (SCHIP), o si es necesario, añadir el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indias (FDPIR), usted tendrá que añadir esta información apropiadamente. Si usted hace cambios adicionales, tendrá que someter el paquete de solicitud a la agencia Estatal para que sea aprobado.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a:

[State agency address]

[Insert School District Letterhead]

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **[Name of School]** ofrece comidas nutritivas todos los días de escuela. El desayuno tiene un precio de **[$]**; el almuerzo **[$]**. Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o para comidas a precio reducido. El precio reducido es de **[$]** para el desayuno y **[$]** para el almuerzo.

Para solicitar comidas gratis o a precio reducido, favor de usar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o a Precio Reducido la cual está incluída en el paquete. Nosotros no podemos aprobar una solicitud incompleta, asi es que asegúrese de llenar toda la información requerida. **Envíe la solicitud completa a: [name, address, phone number].**

Aquí hay algunas respuestas a preguntas que podría tener durante el proceso de solicitud:

1. **¿Quién puede recibir comidas gratis o a precio reducido?** Los niños en hogares que reciben Cupones para Alimentos o TANF (Asistencia Provisional para Familias Necesitadas) y la mayoría de los menores bajo la supervisión de servicios sociales pueden recibir comidas gratis sin importar sus ingresos. También si su ingreso familiar está dentro de los límites de la Tabla Federal de Ingresos, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido.

2. **¿Será verificada la información que yo provea?** Sí, nosotros podríamos pedirle que mande prueba escrita de la información provista.

3. **¿Qué pasa si yo dejo de recibir Cupones para Alimentos o TANF?** Si su niño(a) califica debido a que usted anotó un número de caso de Cupones para Alimentos o TANF, usted tiene que decirle a la escuela cuando usted ya no reciba Cupones para Alimentos o TANF.

4. **¿Qué pasa si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos?** Si su niño(a) califica para comidas gratis o de precio reducido basado en sus ingresos, usted tiene que decirnos si el tamaño de su familia disminuye o si sus ingresos aumentan más de $50 mensuales ($600 anuales). Llámenos al **[phone number]**. Usted no tendrá que llenar otra solicitud.

5. **Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar después?** Sí. Usted puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de su familia aumenta, sus ingresos disminuyen, o si comienza a recibir Cupones para Alimentos o TANF. Si usted pierde su trabajo, su niño(a) podría recibir comidas gratis o a precio reducido durante el tiempo que usted esté sin empleo.

6. **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a mi solicitud?** Usted deberá hablar con los oficiales de la escuela. Usted también podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a: **[name, address, phone number]**.

Si usted tiene otras preguntas, por favor llame al teléfono: ***[phone number]***.

Sinceramente,

[signature]

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

Use una solicitud distinta para cada niño(a).

Si usted solicita por un MENOR BAJO LA SUPERVISION DE SERVICIOS SOCIALES, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre del niño(a), escuela y grado.
Parte 2: Escriba el ingreso mensual para el uso personal del niño, si lo hay.
Parte 3: Deje esta parte en blanco.
Parte 4: Firme la forma. El Número de Seguro Social no es necesario.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

Si su hogar recibe CUPONES PARA ALIMENTOS O TANF, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre del niño(a), escuela, grado, y número de caso de Cupones para Alimentos o TANF.
Parte 2: Deje esta parte en blanco.
Parte 3: Deje esta parte en blanco.
Parte 4: Firme la forma. El Número de Seguro Social no es necesario.
Parte 5: Conteste esta pregunta si lo desea.

PARA TODOS LOS OTROS HOGARES, siga las instrucciones siguientes:

Parte 1: Escriba el nombre de cada niño(a), escuela y grado.
Parte 2: Deje esta parte en blanco.
Parte 3: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso familiar total del mes pasado.

Columna 1–Nombre: Escriba el nombre y apellido de **cada** persona viviendo en su hogar, sean miembros de la familia o no (tal como abuelos, otros familiares o amigos). Usted tiene que incluirse a sí mismo(a) y todos los niños. Incluya otra hoja de papel si es necesario.

Columna 2–Ingreso del mes pasado y cuantas veces fue recibido: Escriba los tipos de ingreso que su hogar recibió el mes pasado y cuántas veces lo recibió. *Ingresos de Empleo*: Escriba el **ingreso total** que cada persona ganó el mes pasado, **O** el ingreso mensual usual de cada persona. Esta cantidad no es la misma cantidad que usted lleva a casa. **Ingreso total es la cantidad que usted gana antes de impuestos y deducciones.** Deberá aparecer en su comprobante de pago o su jefe le puede decir. Adjunto a la cantidad, escriba cuántas veces lo recibió (semanalmente, cada otra semana, dos veces al mes, o mensualmente). *Otros Ingresos*: Anote el total de la cantidad que cada persona recibió de cualquier otro origen, tal como asistencia de beneficios sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio, pensión de jubilación, Seguro Social, Compensación de Trabajo, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso Social Suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios del VA), beneficios para incapacidad, contribuciones regulares de personas que no viven en su casa, y CUALQUIER OTRO INGRESO. Declare el ingreso neto por ser dueño de negocios propios, si recibe algún subsidio agrícola o algún otro ingreso de renta. Junto a la cantidad, escriba cuán frecuentemente lo recibió la persona.

Columna 3–Marque si no hay ingresos: Si la persona no tiene ningún ingreso, marque la caja.

Parte 4: Un miembro adulto de la familia debe firmar la solicitud y escribir su Número de Seguro Social. Si no posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social".

Parte 5: Identidad étnica y racial del niño(a) (opcional). Usted no tiene que responder pero nos ayudaría a asegurarnos que todos son tratados de forma equitativa.

SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O DE PRECIO REDUCIDO

Parte 1. Niño(a) en la Escuela

Nombre del niño(a) en la escuela (Nombre, Segundo nombre, Apellido)	Nombre de la Escuela	Grado	Número de Caso de Cupones para Alimentos o TANF (si existe)

Si usted escribió un número de caso de Cupones para Alimentos/TANF para CADA niño(a), siga en la Parte 4.

Parte 2. Menor a Cargo de Servicios Sociales

Si esta solicitud es para un niño el cual es responsabilidad legal de una agencia de bienestar social o corte legal, escriba la cantidad del ingreso mensual personal del niño: $_____ Ahora pase a la Parte 4.

Parte 3. Ingreso Total Mensual del Hogar del Mes Pasado—Díganos cuánto y cuántas veces

1. Nombre (Anote a **todos** en su hogar)	**2. Ingresos del mes pasado y cuántas veces fue recibido** *Ejemplo: $100/mensuales $100/dos veces al mes $100/cada 2 semanas $100/semanales*				**3. Marque si NO ha ingresos**
	Ingresos del trabajo antes de las deducciones	Asistencia de Beneficios Sociales, ayuda infantil, pensión de divorcio	Pensiones, pensiones de jubilación, Ingresos de Seguro Social	Otros Ingresos	
(Ejemplo) Maria Cortes	$200/semanal	$150/semanal	$100/mensual	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐
	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	☐

Parte 4. Firma y Número de Seguro Social (Un Adulto debe firmar)

Un miembro adulto de la familia debe firmar esta solicitud. Si la Parte 3 está completa, el adulto que firme la solicitud tiene también que escribir su Número de Seguro Social. Si no posee un Número de Seguro Social, tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social". (Veáse la Declaración del Acta de Privacidad en el revés de esta página).

Prometo que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mi niño(a) podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser procesado legalmente.

Firme aqui: X_____

Número de Seguro Social: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ☐ Yo no tengo Número de Seguro Social

Parte 5. Identidad étnica y racial del niño(a) (opcional)

Marque una o mas de las identidades raciales:

☐ Asiático ☐ De raza Negra o Afro-Americano ☐ Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska ☐ Hawaiano o de Otra Isla del Pacifico ☐ Blanco

Marque una identidad étnica:

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispanio o Latino

No escriba en esta área. Esto es para uso oficial de la escuela.

Monthly Income Conversion: Weekly x 4.33, Every 2 Weeks x 2.15, Twice A Month x 2

Monthly Income: _____ Household size: ___ FS/TANF: ___ Date Withdrawn: _____

Eligibility: Free___ Reduced___ Denied ___ Reason: _____

Temporary: Free___ Reduced___ Time Period: _____ (expires after ___days)

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Su niño(a) podría calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.

TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar ____			
Tamaño del Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Cada persona adicional:			

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica cómo nosotros usaremos la información que usted nos brinde.
La Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar quien firma la solicitud, a no ser que se liste el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF para el hijo(a) para el cual esta aplicando, o si usted está solicitando para un menor bajo la supervisión de servicios sociales. Usted tiene que marcar la caja que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el miembro adulto del hogar firmando la solicitud no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros USAREMOS su información para evaluar si su hijo(a) califica para comidas gratis o a precio reducido, para desarrollar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros podríamos COMPARTIR su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas; con auditores para revisar programas; y con personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine basado por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON MEDICAID/SCHIP

Querido Padre/Encargado:

Si su niño(a) recibe comidas gratis o de precio reducido, él o ella podría recibir también seguro médico gratis o de bajo costo a través de Medicaid o El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). Los niños con seguro de salud tienen más oportunidades de recibir cuidado regular de salud y son menos propensos a ausentarse de la escuela por razones de enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y SCHIP que su niño(a) califica para comidas gratis o a precio reducido *a no ser que usted nos diga que no lo hagamos.*** Medicaid y SCHIP solamente usan la información para identificar a niños que podrían calificar para sus programas. Los oficiales de dichos programas podrían contactarle para ofrecer que inscriba a su hijo(a). (El hecho de llenar la Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido no inscribe automáticamente a su hijo(a) para seguro médico.).

Si usted no quiere que nosotros compartamos la información con Medicaid o SCHIP llene la forma que aparece abajo y mándela. (El mandar esta forma no cambiará el que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido.)

☐ Sí. Yo **QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid y El Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó Sí, deténgase aquí. Usted no tiene que completar o mandar esta forma. Nosotros compartiremos la información automáticamente.

☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños.

Si usted marcó No, por favor llene la forma que aparece abajo.

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Nombre del Niño(a):_____ Escuela:_____

Firma del Padre o Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado:_____ Domicilio:_____

Para más información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Regrese esta forma a: [address] antes de [date].

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Querido Padre/Encargado:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información de su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido puede ser compartida con otros programas para los cuales podría calificar su niño(a). **Nosotros tenemos que obtener su autorización para compartir información con los siguientes programas. El mandar esta forma no cambiará el hecho de que su niño(a) reciba comidas gratis o a precio reducido.**

- ☐ No. Yo **NO QUIERO** que la información de mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido sea compartida con ninguno de estos programas.

Deténgase aqui si marcó No. Usted no tiene que completar o mandar ésta forma. Su información no será compartida.

- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.
- ☐ Sí. Yo **QUIERO** que los oficiales de la escuela compartan la información en mi Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con **[name of program specific to your school]**.

Si usted marcó Sí en cualquiera o en todos los cuadros de arriba, por favor llene la forma que aparece abajo. Su información será compartida solamente con los programas que usted marcó.

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Nombre del Niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre deletreado: _____

Domicilio: _____

Para mas información, usted puede llamar a **[name]** al **[phone]**.
Mande esta forma a: [address] antes de [date].

TENEMOS QUE REVISAR SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Su Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido ha sido seleccionada para ser verificada. Regulaciones Federales requieren que nosotros hagamos esto para asegurarnos que solamente niños elegibles obtengan comidas gratis o a precio reducido. Usted tiene que enviarnos información que prueba que **[names of children]** son elegibles.

Envie uno de los siguientes:

1. Prueba de que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su hijo(a). La sección 2en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar. Vea la sección 1 en el caso de niños bajo la supervisión de Servicios Sociales.

O:

2. Nombre y Número de Seguro Social* de cada uno de los miembros adultos del hogar y prueba del ingreso actual de su hogar. La sección 3en la página 2 muestra que clase de comprobante debe mandar.

Si es posible, envie copias y no documentos originales. Si usted manda los originales estos serán devueltos si usted nos lo pide.

Usted tiene que enviar la información que necesitamos o comunicarse con [name] antes de [date], o su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Mande la información a: [address].

Si tiene preguntas o necesita ayuda por favor llame a **[name]** al **[phone]**.

Sinceramente,

[signature]

***Declaración del Acta de Privacidad:** Usted tiene que dar su Número de Seguro Social de cada miembro adulto del hogar o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social". Esto es requisito de la Sección 9 de la Ley Nacional de Almuerzo Escolar. Nosotros podríamos usar el Número de Seguro Social para verificar la información que nos dió acerca del ingreso de su hogar. Usted no tiene que dar su número de Seguro Social o marcar la caja "Sin Número de Seguro Social", pero si no lo da, su hijo(a) dejará de recibir comidas gratis o a precio reducido.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo. .

INFORMACIÓN QUE NOS TIENE QUE ENVIAR

1. Si usted tiene un menor bajo la supervisión de servicios sociales:

Envie los documentos oficiales de la agencia que patrocina al niño(a).

2. Si usted recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a), envie una copia de uno de los documentos siguientes:

- Carta de Certificación de Cupones para Alimentos o TANF mostrando las fechas de certificación.
- Carta de la Oficina de Cupones para Alimentos o de la Oficina de Bienestar Social donde diga que usted recibe Cupones para Alimentos o TANF.
- Tarjeta ATP (Autorización para Participar) con la fecha de expiración. (No envie su tarjeta EBT).

Si usted *ya no recibe* Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a) y quiere saber si su niño(a) puede seguir recibiendo comidas gratis o de precio reducido:

A. Complete otra Solicitud para Comidas Escolares Gratis o de Precio Reducido con información de ingresos de todos en su hogar.
B. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo o en otra hoja de papel, y
C. Mande comprobantes de pago u otros papeles los cuales muestren el ingreso actual de su hogar.

3. Si usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF para su niño(a):

A. Escriba el nombre y el Número de Seguro Social de cada miembro adulto de su hogar abajo.

Nombre	Número de Seguro Social (Véase Declaración del Acta de Privacidad, p1)	Sin Número de Seguro Social
_____	___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	☐
_____	___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	☐
_____	___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	☐
_____	___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	☐
_____	___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	☐

B. Mande esta página junto con papeles que muestren la cantidad de dinero que su hogar obtuvo el mes pasado, de cada uno de los origenes de ingreso.

Los papeles que usted mande deben de mostrar el **nombre** de la persona que recibe el ingreso, la **fecha** en la cual fue recibido, **cuánto** recibió, y con **cuánta frecuencia** se recibió.

Entre los papeles admisibles, se incluyen:

Trabajos: Talonario de cheques actuales o sobre de pago mostrando cuantas veces se recibe pago; carta del patrono declarando salario actual y con cuanta frecuencia se recibe; o papeles de negocios o agrícolas, tales como el libro mayor de contabilidad o libros de impuestos.
Seguro Social, Pensiones, o Pensión de Jubilación: Carta de beneficios de jubilación del Seguro Social, carta de beneficios recibidos o carta del premio jubilatorio.
Desempleo, Incapacidad, o Compensación de Trabajo: Carta de elegibilidad de la oficina de Empleo del Estado, talonario de cheque o carta de beneficios de la compensación de trabajo.
Pagos de Beneficio Social: Carta de Beneficios de una agencia de bienestar social.
Ayuda Infantil o Asistencia por Divorcio: Decreto de la Corte, acuerdos o copias de cheques recibidos.
Otros ingresos (como ingresos por renta): Información que muestre la cantidad de ingresos recibidos, con cuánta frecuencia, cómo se recibe y la fecha en que se recibió.
Ningún ingreso: Una nota breve explicando cómo usted provee comida, vestimenta y techo para su hogar y cuando usted espera obtener un ingreso.

NOSOTROS HEMOS REVISADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado _____:

Nosotros hemos revisado la información que nos mandó para probar que **[names of children]** califican para comidas gratis o a precio reducido y hemos decido que:

☐ El estado de elegibilidad de su niño(a) no ha cambiado.

☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas gratis o a precio reducido cambiará **de precio reducido a gratis** porque sus ingresos están dentro de los límites elegibles para recibir comidas gratis. Su niño(a) recibirá comidas sin costo alguno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

☐ A partir de **[date]** la elegibilidad de su niño(a) para recibir comidas cambiará **de gratis a precio reducido** porque su ingreso está sobre el límite. Las comidas de Precio Reducido cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Usted tiene que decirle a la escuela cuando el ingreso de su hogar aumente sobre $50 por mes ($600 por año) o cuando el tamaño de su hogar disminuya.

☐ A partir de **[date], su niño(a) ya no será elegible** para recibir comidas gratis o a precio reducido por la(s) siguiente(s) razón(es):

___ Documentos muestran que usted no recibe Cupones para Alimentos o TANF en este momento.
___ Su ingreso está sobre el límite para recibir comidas gratis o a precio reducido.
___ Usted no proveyó: _____
___ Usted no respondió a nuestra solicitud.

Las comidas cuestan **[$]** para el almuerzo y **[$]** para el desayuno. Si el ingreso de su hogar baja o el tamaño de su hogar aumenta, usted podría solicitar de nuevo. Si usted no proveyó prueba de elegibilidad actual, se le pedirá que lo haga si usted decide solicitar de nuevo.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede discutirlo con **[name]** al **[phone]**. Usted también tiene derecho a una audiencia. Si usted solicita una audiencia antes de **[date]** su niño(a) continuará recibiendo comidas gratis o de precio reducido hasta que el oficial de la audiencia tome una decisión. Usted puede solicitar una audiencia llamando o escribiendo a: **[name], [address], [phone number]**.

Sinceramente,

[signature]

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted crée que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la politica del Departamento de Agricultura, está prohibido que ésta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410* o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

HOJA DE CONTROL DE VERIFICACIÓN PARA USO DE LA ESCUELA

Fecha en la cual se envió la Carta de Verificación: _____

Fecha límite para que el hogar responda: _____

Fecha cuando se envió segunda carta (o N/A): _____

Aprobación basada en:

- ☐ Número de caso de Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ Tamaño del Hogar e Ingresos

Resultado de la Verificación:

- ☐ Ningún Cambio
- ☐ De Gratis a Reducido
- ☐ De Gratis a Pagado
- ☐ De Reducido a Gratis
- ☐ De Reducido a Pagado

Razón para el Cambio:

- ☐ Ingresos: _____
- ☐ Tamaño del Hogar:_____
- ☐ Cambio en Cupones para Alimentos/TANF
- ☐ No respondió
- ☐ Otro:_____

Fecha en la cual se mandó la Noticia de Cambio: _____

Fecha en la cual se hizo el cambio: _____

Fecha para una audiencia: _____

Decisión de la audiencia: _____

Firma del Oficial de Verificación: _____

Fecha: _____