

**School Year 2018-2019 Aromas-San Juan Unified Application for Free and Reduced-Price Meals: State Meal Program** Complete one application per household.

Read the instructions included with Application on how to apply. Please print and use a pen. You may also apply online at [www.delnortenutrition.org](http://www.delnortenutrition.org). This institution is an equal opportunity provider.

**California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.**

**STEP 1 – STUDENT INFORMATION**

Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless, Migrant, or Runaway** are eligible for free meals.

Enter the name of <b>EACH STUDENT</b> who will attend school (First, Middle Initial, Last)	Enter school name and grade level		Enter student's birth date	Check the applicable box if the student is <b>foster, homeless, migrant, or runaway.</b>			
<b>EXAMPLE:</b> Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	Foster Child	Homeless	Migrant	Runaway
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR**

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDIPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If **YES**, do not complete STEP 3. Check the applicable program box, enter one case number, and then go to STEP 4.

Select Program Type:  CalFresh  CalWORKs  FDIPIR

Enter Case Number: \_\_\_\_\_

**STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)**

**A. STUDENT INCOME:** Sometimes students in the household earn income. Please include the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1 here. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Bi-Weekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Total Student Income	How Often
\$	

**B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself):** List ALL household members not listed in STEP 1 even if they do not receive income. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any source, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Enter the appropriate pay period in the "How Often" column: **W = Weekly, 2W = Bi-Weekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Enter the name of ALL OTHER Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

**C. Total Household Members** (Children and Adults)   Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member     Check the box of NO SSN

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY**

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12  
How Often?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Total Household Size   Eligibility Status:  Free  Reduced-price  Paid (Denied)  Categorical  
Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway  Error Prone

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE**

Certification: I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Signature of adult completing this form: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES**

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

**Ethnicity (check one):**  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino

**Race (check one or more):**

American Indian or Alaskan Native  Black or African American  
 Native Hawaiian or other Pacific Islander  White  Asian

**Año Escolar 2018-2019 Distrito Escolar Unificado Aromas-San Juan Solicitud para Comidas Escolares Gratis y a Precios Reducidos: Programa de Comidas Estatales** Complete una aplicación por el hogar. Lea las instrucciones incluido con la aplicación sobre cómo aplicar. Por favor, imprimir y usar un pen. Usted también puede solicitar en línea en [www.delnortennutrition.org](http://www.delnortennutrition.org). Esta institución es un proveedor de oportunidades igualdad.

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

**PASO 1 – INFORMACIÓN ESTUDIANTIL(ES)**

Los niños en **cuidad foster** y niños que satisfacen la definición de **Sin Hogar, Migrante, o Fugitivo** son elegibles para comidas gratis.

Escriba el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que asisten a la escuela (Nombre Primero, Inicial Media, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y nivel grado		Escriba la fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla correspondiente si el estudiante es niño en <b>cuidad foster, sin hogar, migrante, o fugitivos.</b>			
				Cuidad Foster	Sin Hogar	Migrante	Fugitivos
EJEMPLO: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR**

¿ALGUNO de los miembros del hogar (niño o adulto) participan actualmente en CalFresh, CalWORKs p FDIPIR? Si **NO**, omitir el PASO 2 y complete PASO 3.

Si **SÍ**, no complete PASO 3. Marque la casilla que corresponda con el programa, introduzca un número de caso, y vaya al PASO 4.

Seleccione el Tipo de Programa:  CalFresh  CalWORKs  FDIPIR

Número del Caso: \_\_\_\_\_

**PASO 3 – REPORTE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Omitir este paso si usted contestó "Sí" a PASO 2)**

**A. INGRESO ESTUDIANTILES:** A veces estudiantes en el hogar obtienen ingresos. Por favor, incluya aquí el **TOTAL** ingresos (antes deducciones) obtenidos en dólares enteros por todos los estudiantes indicados en el PASO 1. Escriba el período de pago en el columna "Frecuencia": W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anualmente

Total Ingresos Estudiantiles	Frecuencia
\$ _____	_____

**B. TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR (incluido usted):** Lista **TODOS** los miembros no listada en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, reporte el **TOTAL** de ingresos (antes deducciones) de cada fuente en dólares enteros sólo. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deje los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay ingresos para reporte.

Escriba el período de pago en el columna "Frecuencia": W = Semanal, 2W = Cada 2 Semanas, 2M = Dos Veces al Mes, M = Mensual, Y = Anualmente

Escriba el nombre de <b>TODOS OTROS</b> miembros del hogar (Nombre Primero y Apellido)	Ingresos del Trabajo	Frecuencia	Asistencia Pública/SSI/Manutención de niño(s)/ Alimenticia	Frecuencia	Pensiones/Jubilación/Todos los Otros Ingresos	Frecuencia
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____
	\$ _____	_____	\$ _____	_____	\$ _____	_____

**C. Total Miembros del Hogar** (Niños y Adultos)

Escriba los últimos 4 dígitos de Número del Seguro Social (SSN) del asalariado principal u otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tengo un SSN

**PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es con respecto a el recibo de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que si yo deliberadamente falsificar información, mis niños podrían perder beneficios de comidas, y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Firma de adulto completando este formulario: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**NO COMPLETA (DO NOT COMPLETE). SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA (SCHOOL USE ONLY).**

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12  
How Often?  Weekly  Bi-Weekly  Twice a Month  Monthly  Yearly

Total Household Size

Eligibility Status:  Free  Reduced-price  Paid (Denied)  Categorical

Verified as:  Homeless  Migrant  Runaway  Error Prone

Total Household Income \_\_\_\_\_

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**OPCIONAL – IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS**

Estamos obligados a pedir información sobre sus hijos en la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta su elegibilidad para las comidas gratis o a precio reducido para sus hijos/as.

Étnica (marque uno):  Hispánico o Latino  No Hispánico o Latino

Raza (marque uno o más):

Indígena Americano o Alaska Nativo  Negro o Africano-Americano

Hawaiano Nativo o otro Isleño Pacífico  Caudásico  Asiático