

School year 2015-2016 Northpoint School Application for Free and Reduced-Price Meals Complete one application per household.

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

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

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."
Children in **foster care, Head Start, or Kin-GAP** and children who meet the definition of **homeless, migrant, or runaway** are eligible for free meals. Read **How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals** for more information.

| Child's First Name | MI | Child's Last Name | Student? | | Homeless, Migrant, Runaway, Head Start Foster Child | Kin-GAP Case Number | | |
|--------------------|----|-------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Yes | No | | | | | | | |
| | | | <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 Do any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs?

If **YES** > Check the applicable program box, enter the case number, and then go to **STEP 4 (Do not complete STEP 3)** CalFresh CalWORKs FDIPIR **Case Number:**
If **NO** > Complete **STEP 3** Write only one case number in this space.

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

Please read **How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals** for more information. The **Sources of Income for Children** section will help you with the **Child Income** question. The **Sources of Income for Adults** section will help you with the **All Adult Household Members** section.

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

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

| Name of Adult Household Members (First and Last) | Earnings from Work | How often? | | | | Public Assistance/ Child Support/Alimony | How often? | | | | Pensions/Retirement/ All Other Income | How often? | | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
| | \$ | <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"/> | \$ | <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"/> | \$ | <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"/> |
| | \$ | <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"/> |

Total Child income: \$ Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly

Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3)

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

Check box if no SSN

STEP 4 Contact Information and Adult Signature

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

Street Address (if available) Apt # City State Zip Daytime Phone and/or E-mail (optional) Printed Name of Adult Completing this Form Signature of Adult Completing this Form Today's Date

OPTIONAL Children's Racial and Ethnic Identities

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

Ethnicity (check one): Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino | **Race (check one or more):** Asian American Indian or Alaska Native Black or African American Native Hawaiian or other Pacific Islander White

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

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----------|----------|---------|--|--|---|
| Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3) <input type="text"/> <input type="text"/> | Total Household Income <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Annual Income Conversion | | | | Approved as: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied Reason: <input type="text"/> | Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Kin-GAP <input type="checkbox"/> Runaway | <input type="checkbox"/> Incomplete <input type="checkbox"/> Error Prone |
| | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | | | |

Weekly x52 | Bi-Weekly x26 | Twice Per Month x24 | Monthly x12

| | | | | | |
|---|---------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| Determining Official <input type="text"/> | Date <input type="text"/> | Confirming Official <input type="text"/> | Date <input type="text"/> | Verifying Official <input type="text"/> | Date <input type="text"/> |
|---|---------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|

AÑO ESCOLAR 2015-2016 ESCUELA NORTHPOINT Solicitud de comidas gratis o a precio reducido con opción de CalFresh

[T14-596 CDE Application, FRP Meals, with CalFresh Option; Spanish, Arial Font, 2 pages]

Llene una solicitud por hogar. Use un bolígrafo o pluma (no use lápiz).

Haga su solicitud en línea en [insert Web address]

Artículo 49557(a) del Código de Educación de California: "Las solicitudes de comidas gratis o a precio reducido se pueden presentar en cualquier momento durante un día de clase. A los menores que participen en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program) no se les identificará abiertamente con el uso de fichas, boletos o filas para servir especiales; entradas o comedores separados; ni por ningún otro medio".

PASO 1 Anote TODOS los miembros del hogar que son bebés, niños o estudiantes hasta el grado 12 (si necesita más espacio para más nombres, adjunte otra hoja de papel)

Definición de miembro del hogar: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no es su pariente".
 Los menores bajo cuidado adoptivo temporal, en Head Start o Kin-GAP y los que cumplen con la definición de sin hogar, inmigrante o se fugó del hogar reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. Para obtener más información, lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**.

| Primer nombre del menor | Inicial | Apellido del menor | ¿Estudiante? Sí No | Bajo cuidado adoptivo temporal | Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar, en Head Start | Número de caso de Kin-GAP |
|-------------------------|---------|--------------------|---|---|---|---------------------------|
| | | | <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"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

Marque todos los pertinentes

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluyéndolo a usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia?

Si respondió que **Sí** > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3) CalFresh CalWORKs FDIR **Número de caso:** _____

Si respondió que **NO** > Llene el PASO 3 Anote sólo un número de caso en este espacio.

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

Para obtener más información lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido**. La sección **Fuentes de ingresos de los menores** le ayudará a contestar la pregunta **Ingresos de los menores**. La sección **Fuentes de ingresos de los adultos** le ayudará con la sección **Todos los miembros adultos del hogar**.

A. Ingresos de los menores

En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

Ingresos totales de los menores \$ _____

¿Frecuencia

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Todos los miembros adultos del hogar (incluyéndolo a usted)

Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

| Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido) | Ingresos de trabajo | ¿Frecuencia | | | | Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia | ¿Frecuencia | | | | Pensiones/jubilación/todos los demás ingresos | ¿Frecuencia | | | |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente | | Semanalmente | Cada 2 semanas | 2 veces al mes | Mensualmente |
| | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Total de miembros del hogar (del PASO 1 y PASO 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal proveedor o de otro miembro adulto del hogar

Marque la casilla si no tienen SSN →

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

| | | | | | |
|---|---------------------|--------|--|---------------|---|
| Dirección (de existir) | No. de departamento | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono o dirección de correo electrónico (opcional) |
| | | | | | |
| Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario | | | Firma del adulto que llenó este formulario | | Fecha de hoy |
| | | | | | |

OPCIONAL

Identidad étnica y racial de los menores

El USDA y el CDE son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

Estamos obligados a pedir esta información sobre la raza e identidad étnica de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta el cumplimiento de los requisitos de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Identidad étnica (marque una):

- Hispano o latino
- No hispano o latino

Raza (marque una o más):

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroestadounidense
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco

OPCIONAL

Consentimiento del padre o tutor para compartir la información para solicitar beneficios de CalFresh –Conforme al artículo 49558(d) del Código de Educación de California

Una vez obtenido el consentimiento, esta solicitud o la información que contiene **sólo** se compartirán con la agencia local de CalFresh y **sólo** para los fines relacionados directamente con la inscripción de su familia en el programa CalFresh. El padre o tutor del estudiante es el único que puede dar el consentimiento. En hogares de varias familias, el padre o tutor de cada estudiante debe firmar por sus propios hijos. Negarse a dar consentimiento no afectará el cumplimiento de los requisitos de su hijo para el programa de comidas gratis o a precio reducido.

Nombre de los estudiantes – En letra de molde

← Marque esta casilla si es el padre o tutor de todos los estudiantes anotados en el PASO 1 (en el reverso) para que consienta compartir esta solicitud como se indicó anteriormente. Escriba su nombre en letra de molde, firme y anote la fecha de hoy.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Nombre del padre o padres – En letra de molde

Firma del padre o padres

Fecha

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Enter the number of Total Household Members (From STEP 1 and STEP 3)

Total Household Income

How often?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

Approved as eligible for:

- Free
- Reduced-Price
- Denied (Paid)

Reason: _____

Verified as:

- Homeless
- Migrant
- Runaway
- Head Start
- Kin-GAP

- Incomplete
- Error Prone

Determining Official

Date

Confirming Official

Date

Verifying Official

Date

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|