

Dear Parent or Guardian:

The Tamalpais Union High School District participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program by offering nutritious meals every school day. Students may buy lunch for \$6.00 and breakfast for \$3.00. Eligible students may receive meals free of charge or at the reduced-price rate of \$.40 for lunch and \$.30 for breakfast. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application.

### LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS

**QUALIFICATION:** Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

Effective July 1, 2018–June 30, 2019					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
7	70,403	5,868	2,934	2,709	1,355
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
For each additional family member, add:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

**APPLYING FOR BENEFITS:** An application for free or reduced-price meals cannot be reviewed unless all required fields are completed. A household may apply at any time during the school year. If you are not eligible now, but your household income decreases, household size increases, or a household member becomes eligible for CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) benefits, you may submit an application at that time.

**DIRECT CERTIFICATION:** An application is not required if the household receives a notification letter indicating all children are automatically certified for free meals. If you did not receive a letter, please complete an application.

**VERIFICATION:** School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to submit information to validate your income or current eligibility for CalFresh, CalWORKs, or FDPIR benefits.

**WIC PARTICIPANTS:** Households that receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) benefits, may be eligible for free or reduced-price meals by completing an application.

**HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY & HEAD START:** Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway, and children participating in their school's Head Start program are eligible for free meals. Please contact the homeless/runaway liaison or migrant/head start coordinator at your school site for assistance.

**FOSTER CHILD:** The legal responsibility must be through a foster care agency or court to qualify for free meals. A foster child may be included as a household member if the foster family chooses to apply for their non-foster children on the same application and must report any personal income earned by the foster child. If the non-foster children are not eligible, this does not prevent a foster child from receiving free meals.

**FAIR HEARING:** If you do not agree with the school's decision regarding your application's determination or the result of verification, you may discuss it with the hearing official. You also have the right to a fair hearing, which may be requested by calling or writing the following: Lois Standing, CBO, 707-737-7708.

**ELIGIBILITY CARRYOVER:** Your child's eligibility status from the previous school year will continue into the new school year for up to 30 operating days or until a new determination is made. When the

carryover period ends, your child will be charged the full price for meals, unless the household receives a notification letter for free or reduced-price meals. School officials are not required to send reminder or expired eligibility notices.

**NON-DISCRIMINATION STATEMENT:** In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; or (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

### HOW TO APPLY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS – Complete one application per household. Please print clearly with a pen. Incomplete, illegible, or incorrect information will delay processing.

**STEP 1: STUDENT INFORMATION** – Include ALL STUDENTS who attend Tamalpais Union High School District. Print their name (first, middle initial, last), school, grade level, and birthdate. If any student listed is a foster child, check the "Foster" box. If you are only applying for a foster child, complete STEP 1, and then continue to STEP 4. If any student listed may be homeless, migrant, or runaway, check the applicable "Homeless, Migrant, or Runaway" box and complete all STEPS of the application.

**STEP 2: ASSISTANCE PROGRAMS** – If ANY household member (child or adult) participates in CalFresh, CalWORKs, or FDPIR, then all children are eligible for free meals. Must check the applicable assistance program box, enter one case number, and then continue to STEP 4. If no one participates, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

**STEP 3: REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS** – Must report GROSS income (before deductions) from ALL household members (children and adults) in whole dollars. Enter "0" for any household member that does not receive income.

- Report the combined GROSS income for all students listed in STEP 1 and enter the appropriate pay period. Include a foster child's income if you are applying for foster and non-foster children on the same application.
- Print the names (first and last) of ALL OTHER household members not listed in STEP 1, including yourself. Report the total GROSS income from each source and enter the appropriate pay period.
- Enter the total household size (children and adults). This number MUST equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.
- Enter the last four digits of your Social Security number (SSN). If no adult household member has a SSN, check the "NO SSN" box.

**STEP 4: CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE** – The application must be signed by an adult household member. Print the name of the adult signing the application, contact information, and today's date.

**OPTIONAL: CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES** – This field is optional to complete and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals. Please check the appropriate boxes.

**OPTIONAL: CONSENT TO SHARE INFORMATION FOR CALFRESH BENEFITS** – This field is optional to complete and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

**INFORMATION STATEMENT:** The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number are not required when you list a CalFresh, CalWORKs, or FDPIR case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

**QUESTIONS/NEED ASSISTANCE:** Please contact Lisa Herberg at 707-837-7780 or toll free at 855-610-4791.

**SUBMIT:** Please submit a complete application to your child's school cafeteria or the Nutrition Office at 9291 Old Redwood HWY, BLDG 500, Windsor. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

**School Year \_\_\_\_\_ Tamalpais SD Application for Free and Reduced-Price Meals with CalFresh Option** 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 <http://www.wusd.org/pages/Food-Nutrition>. 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. Attach another sheet of paper for additional names.

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>			
				Foster Child	Homeless	Migrant	Runaway
<b>EXAMPLE: Joseph P Adams</b>	<b>Redwood High School</b>	<b>9th</b>	<b>12-15-2010</b>	<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 (including yourself) currently participate in one of the following assistance programs?

If **NO**, skip STEP 2 and complete STEP 3.

If <b>YES</b> , do not complete STEP 3. Check the applicable program box, enter one case number, and then go to STEP 4.	Select Program Type:	Enter Case Number:
	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	

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

<b>A. STUDENT INCOME:</b> Sometimes students in the household earn income. Please include the TOTAL income earned by all students listed in STEP 1 here. Report total income in whole dollars earned before taxes and deductions. Enter the appropriate pay period: W = Weekly, 2W = Bi-Weekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly		Total Student Income	How Often			
		\$				
<b>B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself):</b> List ALL household members not listed in STEP 1 even if they do not receive income. For each household member, report the 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. Report all income earned before taxes and deductions. 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/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement SSI/All Other Income	How Often
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
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		Check the box if NO SSN <input type="checkbox"/>			

**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:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY			
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly		Total Household Income	
Total Household Size	Approved: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Denied	<input type="checkbox"/> Categorical	
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway	<input type="checkbox"/> Error Prone	
Determining Official's Signature:			Date:
Confirming Official's Signature:			Date:
Verifying Official's Signature:			Date:

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.
<b>Ethnicity (check one):</b>
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino
<b>Race (check one or more):</b>
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White

Please take advantage of the options to prepay your student's meal accounts. Prepaid meal accounts help the lunch lines go faster and gives students more time to eat, relax, and socialize. It also gives you the peace of mind of not having to worry about looking for lunch money every day or worry that it might get lost, stolen or used for other things other than lunch. Thank you for keeping account balances up-to-date.

Charge Policy

The District does not offer a charge system but allows for pre-payments using the Myschoolbucks online website. [www.myschoolbucks.com](http://www.myschoolbucks.com). After creating the account using the student ID provided by the school the guardian can set up a low balance reminder and/or automatic payments once the account reaches a specified amount. It is the guardian's responsibility to plan ahead with the use of online prepayment system or packing a lunch for their student.

**OPTIONAL - CONSENT TO SHARE INFORMATION FOR CALFRESH BENEFITS**

**Pursuant to California Education Code 49558(d)**

Upon consent, this application or the information it contains, will **only** be shared with your local CalFresh agency and **only** for purposes directly related to the enrollment of your family into the CalFresh program. Consent must only be given by the student's parent or guardian. In households with multiple families, the parent or guardian of each student must sign for their own child(ren). Declining to provide consent will not affect your child's eligibility for the free and reduced-price meal program.

Check this box if you are the parent or guardian of **every student** listed in STEP 1 to consent to sharing this application as stated above. The parent or guardian must print and sign their name, and enter today's date below.

Print Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

In households with multiple families, the parent or guardian of each student must approve and sign for their **own child(ren)**. To consent to sharing this application as stated above, the parent or guardian must print their child's name, print their name, sign their name, and enter today's date below.

Print Student Name	Print Name of Parent/Guardian	Signature of Parent/Guardian	Today's Date

Estimado padre, madre o tutor:

Tamalpais Union High School District participa en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program ) y/o Programa de Desayunos Escolares (School Breakfast Program) ofreciendo comidas nutritivas todos los días de clases. Los estudiantes pueden comprar los almuerzos por \$6.00 y los desayunos por \$3.00. Los estudiantes que reúnen los requisitos pueden recibir comidas gratis o al precio reducido de \$.40 por el almuerzo y \$.30 por el desayuno. Ni usted ni sus hijos tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para recibir comidas gratis o precio reducido. Si hay más miembros del hogar que número de renglones en la solicitud, adjunte una segunda solicitud.

**CARTA PARA LOS HOGARES SOBRE LAS COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO**

**REQUISITOS:** Sus hijos podrían reunir los requisitos para recibir comidas gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son iguales o menores a las directrices federales de elegibilidad que se indican continuación.

A partir del 1 de julio de 2018 y hasta el 30 de junio de 2019					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
7	70,403	5,868	2,934	2,709	1,355
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
For each additional family member, add:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

**SOLICITUD DE LA ASISTENCIA:** No podemos revisar su solicitud para comidas gratis o a precio reducido a menos que llene todos los campos requeridos. Los hogares pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no reúne los requisitos en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño de su familia aumenta o algún miembro de su hogar reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKs) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACIÓN DIRECTA:** No se requiere llenar una solicitud si el hogar recibe una carta de notificación informándole que todos los niños fueron automáticamente certificados para recibir comidas gratis. Si no recibió una carta, llene una solicitud.

**VERIFICACIÓN:** Los funcionarios escolares podrían verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le podría pedir que presente información para validar sus ingresos o verificar que reúne los requisitos para recibir beneficios de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Los hogares que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC) podrían reunir los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido llenando esta solicitud.

**NIÑOS SIN HOGAR, MIGRANTES, FUGADOS DEL HOGAR O EN HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o fugados del hogar y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela reúnen los requisitos para recibir comidas gratis.

Comuníquese con el coordinador de enlace para personas sin hogar / fugitivo o migrante / head start en el sitio de su escuela para obtener ayuda.

**NIÑOS BAJO CUIDADO ADOPTIVO TEMPORAL:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de cuidado adoptivo temporal o un tribunal para poder recibir comidas gratis. Un niño bajo cuidado adoptivo temporal podría ser incluido como miembro de la familia si la familia adoptiva temporal también elige solicitar asistencia para los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal usando la misma solicitud. Si los niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal no cumplen con los requisitos, esto no impide que los niños que si lo están reciban comidas gratis.

**AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si no está de acuerdo con la decisión de su escuela en cuanto a la determinación de su solicitud o los resultados de la verificación, puede hablar con el funcionario de audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, Lois Standing, CBO, 707-737-7708.

**PRÓRROGA DE LA CONDICIÓN DE ELEGIBLE:** La condición de elegible de su hijo del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días operativos, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de prórroga, su hijo pagará el precio completo por las comidas, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de comidas gratis o a precio reducido. Los funcionarios escolares no están obligados a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegible.

**DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN:** De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al 800-877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por: (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATIS Y A PRECIO REDUCIDO

Llene una solicitud por hogar. Escriba claramente con tinta. La información incompleta, ilegible o incorrecta retrasará el procesamiento de la solicitud.

**PASO 1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES** – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que asisten a Tamalpais Union High School District. Escriba sus nombres (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado adoptivo temporal, marque la casilla “Bajo cuidado adoptivo temporal”. Si sólo está solicitando asistencia para un niño bajo cuidado adoptivo temporal, llene el PASO 1 y luego vaya al PASO 4. Si cualquiera de los estudiantes enumerados está sin hogar, es migrante o fugado del hogar, marque la casilla “Sin hogar”, “Migrante” o “Fugado del hogar” correspondiente y llene todos los PASOS de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA** – Si ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs o FDPIR, todos los niños cumplen con los requisitos para recibir comidas gratis. Debe marcar la casilla del programa de asistencia pertinente, anotar un número de caso e ir al PASO 4. Si nadie participa, sátese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

**PASO 3: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR** – Debe declarar los ingresos BRUTOS (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en números enteros. Añote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- E) Declare los ingresos BRUTOS combinados de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 y añote la frecuencia correspondiente. Incluya los ingresos de los niños bajo cuidado adoptivo temporal si está solicitando asistencia para niños bajo cuidado adoptivo temporal y niños que no están bajo cuidado adoptivo temporal en la misma solicitud.
- F) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no enumeró en el PASO 1, incluyéndose a sí mismo. Declare los ingresos BRUTOS totales de cada fuente y añote la frecuencia correspondiente.
- G) Añote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de miembros del hogar enumerados en el PASO 1 y PASO 3.
- H) Añote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla “NO tiene SSN”.

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO** – La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, su información de contacto y la fecha de hoy.

**OPCIONAL: IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DE LOS NIÑOS** – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o a precio reducido. Marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere la información que se proporciona en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firma esta solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios cuando anota un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDPIR u otro identificador de FDPIR para su hijo, o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si su hijo reúne los requisitos para obtener comidas gratis o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de almuerzos y desayunos.

**SI TIENE PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Póngase en contacto con el enlace bilingüe de su escuela para ayuda

**PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** Presente una solicitud completa en la escuela de su hijo o en la oficina de nutrición en 9291 Old Redwood HWY BLDG 500, Windsor. Se le notificará si su solicitud es aprobada o denegada para recibir comidas gratis o a precio reducido.

### pago por adelantado

Aproveche las opciones para pagar por adelantado las cuentas de comidas de su estudiante. Las cuentas de comidas prepagas ayudan a que las filas del almuerzo sean más rápidas y les da a los estudiantes más tiempo para comer, relajarse y socializar. También le da la tranquilidad de no tener que preocuparse de buscar dinero para el almuerzo todos los días o le preocupa perderlo, robarlo o usarlo para otras cosas que no sean el almuerzo. Gracias por mantener al día los saldos de las cuentas.

El Distrito no ofrece un sistema de cargos, pero permite realizar pagos anticipados utilizando el sitio web en línea Myschoolbucks. [www.myschoolbucks.com](http://www.myschoolbucks.com). Después de crear la cuenta utilizando la identificación del estudiante proporcionada por la escuela, el tutor puede configurar un recordatorio de saldo bajo y / o pagos automáticos una vez que la cuenta alcance un monto específico. Es responsabilidad del tutor planificar con anticipación el uso del sistema de prepago en línea o preparar un almuerzo para su estudiante.

Atentamente,  
Lisa Herberg, Tamalpais Union High School District

**Distrito Escolar Unificado Tamalpais \_\_\_\_\_ Aplicación gratuita y de Precio Reducido con Opción CalFresh** Completar una solicitud por hogar

Lea las instrucciones incluidas con la aplicación para cómo aplicar. Favor imprimir y usar una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**Sección del Código de Educación de California 49557(a): “Las solicitudes para comidas gratis o a precios reducidos puede ser enviada en cualquier momento durante el día escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, no se les distinguirá con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas especiales de servicio, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio.”**

**PASO 1 – INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Los Niños de Acogida y los niños que cumplen la definición sin hogar, emigrante, o fugitivo califican para comidas gratis. Adjunte otra hoja para los nombres adicionales.

Escriba el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que asistirá a la escuela (Primer, Segundo Nombre y Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y nivel de grado		Escriba fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla aplicable si el estudiante es <b>Niño acogido, sin hogar, emigrante, o fugitivo</b>			
	<b>EJEMPLO: Joseph P Adams</b>	<b>Redwood High School</b>		<b>9th</b>	<b>12-15-2010</b>	Niño Acogido	Sin Hogar
				<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**

¿ALGUN miembro de su familia (incluido a usted mismo) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?

Si **NO**, omitir PASO 2 y complete PASO 3.

Si, <b>SI</b> no complete PASO 3. Marque la casilla del programa aplicable, escriba número del caso, y luego vaya a PASO 4.	<b>Seleccione Tipo de Programa:</b> <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDIPIR	<b>Escriba Numero del Caso:</b>
---	--	---------------------------------

**PASO 3 – INFORME DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Omita este paso si su respuesta es ‘Si’ a PASO 2)**

**A. INGRESO DEL NIÑO:** A veces los niños en el hogar ganan ingresos. Favor incluya el TOTAL de ingresos obtenido por todos los niños nombrados en PASO 1. Informe ingreso total en dólares ganados antes de deducciones de impuestos. Frecuencia de pago apropiado: S = Semanal; Quincenal = 2x Mes = Dos veces por mes, M = Mensual, A = Anual

Ingreso Total del Niño	Frecuencia
\$	

**B. TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR (incluido usted):** Lista de **TODOS** los miembros que no aparece en el PASO 1 **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, reportar el ingreso TOTAL para cada fuente únicamente en dólares enteros. Si no reciben ingresos de cualquier fuente, escriba “0” Si escribe “0” o dejar algún campo en blanco, usted está certificando (promete) que no hay ingresos para reportar. Reporte todos los ingresos antes de impuestos y deducciones.

Escriba el periodo de ingreso apropiado en la columna “Frecuencia”: S = Semanal; Quincenal = 2x Mes = Dos veces por mes, M = Mensual, A = Anual

Escriba el nombre de <b>TODOS OTROS</b> Miembros Adultos del Hogar (Primer y Apellido)	Ganancias del Trabajo	Frecuencia	Asistencia Pública/ Child Support/Pensión Alimenticia		Pensiones/Jubilación SSI/Otros Ingresos		Frecuencia
			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	
	\$		\$		\$		
	\$		\$		\$		
	\$		\$		\$		
	\$		\$		\$		

Miembros del Hogar en Total (Niños y Adultos)	Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Asalariado Principal U Otro Miembro Adulto del Hogar	Marque al cuadro si NO tiene SSN <input type="checkbox"/>
---	---	---

**PASO 4 – INFORMACION DE CONTACTO y FIRMA ADULTO**

Certificación: “Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.”

Firma del Nombre del adulto completando este formulario:		
Imprima el Nombre:		
La Fecha de Hoy:	Numero de Teléfono):	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo Electrónico:		

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY**

Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income
Total Household Size	Approved: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Denied
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

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

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. En respuesta a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para recibir comidas gratis oa precio reducido.

**Etnicidad (marque uno):**

- Hispano o Latino     No Hispano o Latino

**Raza (marque uno o más):**

- Indio Americano o Nativo de Alaska     Asiático     Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico     Blanco

**OPCIONAL – CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION PARA BENEFICIOS CALFRESH**

**De conformidad con el Código de Educación de California 49558(d)**

A su consentimiento, esta solicitud o la información que contiene, **solo serán** compartidas con su agencia local CalFresh y **solo para** fines directamente relacionados con la inscripción de su familia en el programa de CalFresh. Consentimiento solo debe ser dado por el padre o tutor del estudiante. En los hogares con múltiples familias, el padre o tutor de cada estudiante deben firmar para su propio hijo/a. Negarse a dar su consentimiento no afectara la elegibilidad de su hijo/a para el programa gratuito y comida a precio reducido.

Marque este cuadro si usted es el padre o tutor de **cada estudiante** en la lista del PASO 1 para dar su consentimiento para compartir esta aplicación como se ha indicado anteriormente. Padre/Tutor debe imprimir y firmar su nombre y escribir la fecha de hoy.

Nombre de Padre/Tutor Imprimir: \_\_\_\_\_ Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En hogares con familias múltiples, el padre o tutor de cada estudiante debe aprobar y firmar para sus **propio(s) hijo(s)**. Para su consentimiento para compartir esta aplicación como se indicó anteriormente, el padre o tutor debe imprimir el nombre de su hijo, imprimir su nombre, firmar su nombre y escribir la fecha de hoy más abajo.

Nombre del Estudiante - Imprimir	Nombre de Padre/Tutor - Imprimir	Firma de Padre/Tutor	Fecha