

Dear Parent/Guardian:

School Day Café (Santa Clarita Valley School Food Services Agency) offers healthy meals every school day. Students may buy lunch for **\$3.00** and/or breakfast for **\$1.50**. Eligible students may receive meals free or at a reduced-price of **\$0.40** for lunch and/or **\$0.00** breakfast. Students may buy milk for \$0.50. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals.



Below are some common questions and answers to help determine your child's eligibility:

1. **DO I NEED TO COMPLETE AN APPLICATION FOR EACH CHILD?** No. **Use only one Application for Free and Reduced-Price Meals for all students in your household.** We cannot approve an application that is not complete, so be sure to complete all required information.
2. **WHO CAN RECEIVE FREE MEALS?** All children in households receiving benefits from **CALFRESH**, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (**CalWORKs**), Food Distribution Program on Indian Reservations (**FDPIR**), or Kinship Guardianship Assistance and Payment (**KIN-GAP**) program can receive free meals regardless of your income. Also, your children can receive free meals if your household's gross income is within the free limits on the federal Income Eligibility Guidelines.
3. **IF YOU HAVE RECEIVED A NOTICE OF DIRECT CERTIFICATION** for free meals, **DO NOT** complete the application.
4. **CAN FOSTER CHILDREN RECEIVE FREE MEALS?** Yes, foster children who are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals, but their meal eligibility is not extended to other non-foster children living in the same household. Households with foster/non foster children are encouraged to complete an application since foster children may be counted as a household member, who may help the foster family's non-foster children qualify for free or reduced-price meals based on the household size and income.
5. **MY CHILD'S APPLICATION WAS APPROVED LAST YEAR. DO I NEED TO COMPLETE A NEW ONE?** **YES**, if you want to participate in the meal program. Your child's application is only good for that school year and for the first few days of this school year. A new application is needed, unless the school told you that your child is eligible for free/reduced-price meals for the new school year.
6. **WILL THE INFORMATION I PROVIDE BE CHECKED?** Yes. We may also ask you to send in written proof of your income and the interval in which you receive it.
7. **WHAT IF I DISAGREE WITH THE SCHOOL'S DECISION REGARDING MY APPLICATION?** You should talk to your school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **Dr. Lynnelle Grumbles, Chief Executive Officer, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 ext. 103**
8. **I RECEIVE WOMEN, INFANTS AND CHILDREN (WIC) BENEFITS; CAN MY CHILDREN RECEIVE FREE MEALS?** Children in households participating in WIC may be eligible, depending on income, for free or reduced-price meals. Please send in an application.
9. **MAY I APPLY IF SOMEONE IN MY HOUSEHOLD IS NOT A U.S. CITIZEN?** Yes. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals.
10. **WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME?** List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made only \$900, state on the application that you made \$1,000 per month. If you normally receive overtime, include it, but do not include it if you only occasionally work overtime. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, use your current income.
11. **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), who share income and expenses. You must include yourself and all children living with you.
12. **WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME?** If you receive an off-base housing allowance, you must include it as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. Do not include combat pay as income.

If you have any question or need help, call SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 ext. 108 866-224-2076 ext.108

Apply online at: www.payschoolscentral.com

Sincerely,

Dr. Lynnelle Grumbles
Chief Executive Officer

Estimado Padre/ Guardián:

School Day Café (**Santa Clarita Valley School Food Services (SCVSFSA)**) toma parte en el Programa de Almuerzo Escolar Nacional y/o en el Programa de Desayuno Escolar. Comidas están servidas todos los días de escuela. Estudiantes pueden comprar el almuerzo por **\$3.00** y el desayuno por **\$1.50**. Estudiantes elegibles pueden recibir comidas gratis o a precio reducido de **\$0.40** para el almuerzo y **\$0.00** para el desayuno. Estudiantes pueden comprar leche por \$ 0.50. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para alimentos gratis a precio reducido.



A continuación se presentan algunas preguntas comunes y respuestas para ayudar a determinar la elegibilidad de su niño:

1. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. **Utilice solamente una aplicación para alimentos gratuitos o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar.** No podemos aprobar una aplicación que no está completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida.
2. **¿QUIÉN PUEDE RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Todos los niños en hogares que reciben beneficios de (**CALFRESH**), California Work Opportunity and Responsibility to Kids (**CALWORKS**), programa de distribución de alimentos en reservaciones indias (**FDPIR**), o parentesco tutela asistencia y programa de pagos (**KIN-GAP**) pueden recibir comidas gratis independientemente de sus ingresos. Además, sus hijos pueden recibir comidas gratis si su ingreso bruto de está dentro de los límites de la elegibilidad del ingreso federal
3. **SI USTED HA RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DIRECTA para alimentos GRATUITOS, NO llene la solicitud.**
4. **¿NIÑOS DE CRIANZA PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS?** **Sí**, Niños de crianza (FOSTER) que están bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza son elegibles para las comidas gratis, pero su elegibilidad de comida no se extiende a otros niños No de Crianza que viven en el mismo hogar. Los hogares con niños de crianza son alentados a completar una Solicitud porque niños de crianza pueden ser considerados como un miembro del hogar, que puede ayudar a los niños No de Crianza de la familia adoptiva a calificar gratis o comidas a precio reducido basadas en el tamaño del hogar e ingresos.
5. **MI APLICACIÓN DE MI HIJO FUE APROBADA EL AÑO PASADO. ¿NECESITO COMPLETAR UNA NUEVA?** **Sí**, La Aplicación de su hijo sólo sirve para este año escolar y para los primeros días próximo año escolar. Es necesaria una nueva solicitud, a menos que la escuela le dijo que su hijo es elegible para comidas gratis/reducidos para el año escolar.
6. **¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO?** **Sí.** También posiblemente le pidamos que envíe una prueba de ingreso y el intervalo en el que usted lo recibe.
7. **¿QUÉ PASA SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD?** **Usted debe de hablar con un funcionario de la escuela. Usted también puede pedir una audiencia llamando o escribirle a la: Dr.Lynnelle Grumbles, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 ext. 103**
8. **RECIBO BENEFICIOS DEL PROGRAMA (WIC); ¿MIS HIJOS PUEDEN RECIBIR COMIDAS GRATIS?** Los niños de hogares que participan en WIC **pueden** calificar para recibir comidas gratis o a precio reducido, dependiendo los ingresos. Por favor, envíe una solicitud.
9. **¿PUEDO SOLICITAR ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO AUNQUE NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** **Sí, Ni usted ni sus Hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar.**
10. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LO MISMO?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajo parte del tiempo y solo gano \$900, ponga aun que gana regularmente e \$1,000 al mes.Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas. de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
11. **¿A QUIENES DEBO DE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su hogar, aunque sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos) que compartan los Ingresos y los gastos.
12. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS LO QUE RECIBIMOS “SUBSIDIO DE VIVIENDA” COMO INGRESOS?** Si usted recibe Subsidio de vivienda fuera de la base, usted debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar no lo incluya. No incluya la cantidad que recibe de paga de combate como ingresos.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame a SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 ext108 866-224-2076 ext.108

Para aplicar vía electrónica visite: www.payschoolscentral.com

Sinceramente,

Dr. Lynnelle Grumbles

Jefe Ejecutivo

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

WE DO NOT ACCEPT FAXED APPLICATIONS OR COPIES OF THE APPLICATION.

Apply online at: www.payschoolscentral.com

NOTE: HOUSEHOLD MEMBER IS ANY CHILD OR ADULT LIVING WITH YOU IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES CALFRESH, CALWORKS, FDPIR, OR KIN-GAP BENEFITS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school.

List the case number for any household member (including adults) receiving **CALFRESH, CalWORKs, FDPIR, or KIN-GAP** benefits.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF ANY CHILD IN YOUR HOUSEHOLD IS HOMELESS, A MIGRANT OR RUNAWAY, OR IN HEAD START, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. If any child you are applying for is Homeless, Migrant, in Head Start, or a Runaway check the appropriate box and call your school, homeless liaison, or runaway, Head Start or migrant coordinator.

SECTION B: See instructions for All Other Households or Mark **\$0.00** if no income

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF YOU ARE APPLYING ON BEHALF OF A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

• If all children in the household are foster children:

SECTION A: List all foster children and the school name for each child. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

• If some of the children in the household are foster children:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children **you must write "0" if no income**. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Complete only if a child in your household is not eligible under Section A – See instructions for All Other Households.

SECTION C: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if they do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, INCLUDING WIC HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children, you must write \$ **0.00**

SECTION B: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Name: List all household members.

Gross income: and how often it is received: For each household member with income, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received—weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Earnings from work: before deductions; be sure to list the gross income, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions.

Income received from welfare: Child support or alimony: List the amount each person received.

Income received from Social Security: Supplemental Security Income, veteran's benefits, retirement benefits, or disability benefits: List the amount each person received.

All other income: List Worker's Compensation, unemployment or strikes benefits, and any other income. Do not include benefits from SNAP, FDPIR or WIC, or federal education. For self-employed persons only: under Earnings from Work, report income after expenses. If you are in the Military Privatized Housing Initiative or receive combat pay, do not include these allowances as income.

SECTION C: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if you do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

Income Eligibility Guidelines

July 1, 2019–June 30, 2020

Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 23,107	\$ 1,926	\$ 963	\$ 889	\$ 445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
For each additional family member, add:					
	\$ 8,177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

* A household of one means a foster child, a child in out-of-home care, or a pupil who is his/her sole support

You will be notified thru school when your application has been approved or denied for free or reduced-price meals. Please retain the status letter for your records.

SNAP and FDPIR State or local agencies, and their subrecipients, must post the following Nondiscrimination 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, religious creed, disability, age, political beliefs, 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: [How to File a Complaint](#), 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 Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

NO ACEPTAMOS COPIAS DE LA APLICACIÓN O APLICACIONES MANDADAS VIA FAX.

Para aplicar vía electrónica visite: www.payschoolscentral.com

NOTA: UN MIEMBRO DE SU HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE CALFRESH, CALWORKS, FDPPIR O KIN-GAP BENEFICIOS, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: Liste todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Liste el número del caso para cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que recibe beneficios de CALFRESH, CALWORKS, FDPPIR o KIN-GAP.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI CUALQUIER NIÑO ESTA SIN HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Si usted está solicitando para un niño Desamparado, Migrante, en Head Start, o un Fugitivo Marque la casilla apropiada y llame a su escuela, enlace sin hogar o Fugitivo, Head Start o Coordinador de migrantes.

SECCIÓN B: Vea las instrucciones para demás los hogares o escriba 0 si no tiene ingresos.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI QUE ESTÁ SOLICITANDO PARA UN NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER CHILD), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

• si todos los niños en el hogar son hijos de crianza temporal:

SECCIÓN A: liste todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla para indicar niño Foster.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

• Si Solo algunos de los niños en el hogar son hijos de crianza Temporal: **SECCIÓN A:** Liste de todos los niños del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona que no recibe ingresos, incluyendo a los niños; debe escriba "0" si no tiene ingreso. Marque la casilla para indicar cada Niño de crianza (Foster).

SECCIÓN B: Complete solamente si un niño en su hogar no es elegible bajo la Sección A. Vea las instrucciones para todos los hogares.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

PARA LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier

Persona que no reciba ingresos, incluyendo los niños, debe escribir "0" si no tiene ingreso.

SECCIÓN B: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos recibidos durante el mes pasado.

Liste: todos los miembros del hogar.

Ingresos Brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos con cual frecuencia recibe el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Para declarar ingresos por trabajo asegúrese de anotar el Ingreso bruto, no el dinero que lleva a la casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones.

Ingresos provenientes de: beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones de jubilación, seguro social, seguro suplementario (SSI), beneficios de veteranos y beneficios por discapacidad: Liste la cantidad por cada persona recibida.

Todos los demás ingresos: anoten compensación a trabajadores los beneficios por desempleo o huelga. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDPPIR, WIC. Para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de los gastos. Eso se refiere a su negocio. Si usted está en la iniciativa de vivienda militar privatizada o recibe paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe Firmar la solicitud y liste de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

Guía de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2019–Junio 30, 2020

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 23,107	\$ 1,926	\$ 963	\$ 889	\$ 445
2	31,284	2,607	1,304	1,204	602
3	39,461	3,289	1,645	1,518	759
4	47,638	3,970	1,985	1,833	917
5	55,815	4,652	2,326	2,147	1,074
6	63,992	5,333	2,667	2,462	1,231
7	72,169	6,015	3,008	2,776	1,388
8	80,346	6,696	3,348	3,091	1,546
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 8,177	\$ 682	\$ 341	\$ 315	\$ 158

* Un hogar de uno significa un niño Foster, un niño en cuidado fuera del hogar o un estudiante que es su único apoyo.

Se le notificará por la escuela cuando su solicitud para alimentos gratis o a precio reducido sea aprobada o negada. Conserve la carta de elegibilidad para sus registros.

Las agencias estatales o locales de SNAP y FDPPIR, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Santa Clarita Valley School Food Services Agency 25210 Anza Drive, Valencia, CA 91355 Phone: 661-295-1574 x108 2019-2020 Application for Free & Reduced Price Meals ***Print in Blue or Black Ink Only*** Apply online at www.payschoolscentral.com ***WE DO NOT ACCEPT FAXED OR EMAILED APPLICATIONS***	FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION						
	HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:		FREE:	REDUCED: \$	DENIED:
	FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR	DC AS: H M R	EPI		SITE:		
	Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12						LAST NAME:
	DETERM OFFICIAL:				DATE:		
	VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:		
CERTIFICATION OFFICIAL:				DATE:			

SECTION A: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS SECTION

STUDENT/CHILD INFORMATION					New Student?	Returning Student?	Check the applicable box if the student is Foster, Homeless, Migrant, or Runaway.	Child's Personal Income and How often? - Write "0" if no income.	Do Any Household Members Currently Participate in one of the following Assistance Programs? <u>If so, check box and please insert case number.</u>
LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL NAME (Write N/A if not in school)	GRADE	DATE OF BIRTH MM/DD/YY					
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	If <u>Yes</u> , Check The Applicable Box CALFRESH <input type="checkbox"/> CALWORKS <input type="checkbox"/> KIN-GAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> CASE NUMBER:
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	

Households submitting an application with a Benefit Case Number for Cal Fresh/CalWORKs for EACH child or an Adult household member please skip to Section C and complete. A Foster Child that is under the legal responsibility of a Foster Care Agency or Court is eligible for free meals. This eligibility is not extended to non-foster children in the household.

SECTION B: HOUSEHOLD MEMBERS AND THEIR INCOME (BEFORE TAXES) ★TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS: _____

For each household member listed, report total income for each source in WHOLE Dollars only. If they do not receive income from any source WRITE "0".

LIST ALL ADULT HOUSEHOLD MEMBERS LAST NAME, FIRST NAME	EARNINGS FROM WORK IF NO INCOME WRITE "0".	How Often?					Pension, Retirement, All Other Income	How Often?					Public Assistance/Child Support/Alimony	How Often?				
		WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY			WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY			WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY	
1.	\$	<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"/>			
2.	\$	<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"/>			
3.	\$	<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"/>			
4.	\$	<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"/>			

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act (Section 9) requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last 4 digits of the Social Security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The Social Security number is not required when you apply on behalf of a Foster Child or you list a Cal Fresh, California Work Opportunity (CalWORKS), Kinship Guardian Assistance Payment (Kin-GAP), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number for your child or other FDPIR identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

SECTION C: ALL HOUSEHOLDS MUST READ AND COMPLETE THIS SECTION ★SIGNATURE REQUIRED BELOW

Education Code 49957(a): Applications for Free and reduced-price meals may be submitted at anytime during the 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. I certify (promise) that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds that school officials may verify the information on the application at any time and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

ADDRESS:	CITY & ZIP CODE:	HOME PHONE:	CELL PHONE:
PRINTED NAME OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THIS APPLICATION:		LAST 4 DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER: X X X - X X - _____ <input type="checkbox"/> - I DO NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER	
SIGNATURE (★REQUIRED)		DATE	E-MAIL ADDRESS

SECTION D: CHILDREN'S RACIAL AND ETHNIC IDENTITIES (Optional)
 1. Choose one or more: American Indian or Alaska Native White Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander 2. Choose one ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

Santa Clarita Valley School Food Services Agency 25210 Anza Drive, Valencia, CA 91355 Phone: 661-295-1574 x108 2019-2020 Solicitud Para Alimentos Escolares Gratis Y A Precio ***Utilice tinta azul o negro, complete con letra del molde*** www.payschoolscentral.com ***NO ACEPTAMOS APLICACIONES MANDADAS VIA FAX O DE CORREO ELECTRONICO***	FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION					
	HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:	FREE:	REDUCED: \$	DENIED:
	FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR		DC AS: H M R		EPO	SITE:
	Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12					
	DETERM OFFICIAL:			DATE:		LAST NAME:
	VERIFICATION OFFICIAL			DATE:		
CERTIFICATION OFFICIAL:			DATE:			

SECCIÓN A: TODOS LOS HOGARES COMPLETEN ESTA SECCION

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS					Estudiante Es Nuevo?	Estudiante De Reingreso?	Si Niño es Foster, Sin Hogar, Migrante, o fugado Si/No ↓	Ingreso Personal Del Niño Escriba Si No Tiene Ingresos "0"	¿Algún miembro de la familia participa actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia? En Caso Afirmativo Marque La Casilla Aplicable Escriba aquí un número de caso
Liste todos los niños de su hogar que asistan o no a la escuela.	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA (Marque "NA" Si No Va A La Escuela)	GRADO					
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	CALFRESH <input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	CALWORKS <input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	KIN-GAP <input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	FDPIR <input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	NUMERO DE CASO:

Los hogares presentar uno solicitud con número de caso de beneficio de Cal Fresca/CalWORKS para cada niño o un adulto miembro del hogar, por favorvaya a la sección C y complete. Un niño Foster que está bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza temporal es elegible para comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a los demás niños en el hogar.

SECCIÓN B: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (ANTES DE IMPUESTOS) ★ Total de miembros del hogar: _____

Para cada miembro del hogar que recibe ingresos declare los ingresos totales de cada fuente en números, REDONDOS. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, Escriba "0".

TODOS LOS ADULTOS MIEMBROS DEL HOGAR APELLIDO, NOMBRE	INGRESOS DEL TRABAJO SI NO TIENE INGRESOS "0"	¿Frecuencia?				Pensión, Jubilación, y otros ingresos	¿Frecuencia?				Ayuda Económica Para Niños, Cualquier Otro Ingreso incluyendo Pension Alimentacion	¿Frecuencia?			
		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL
1.	\$	<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"/>
2.	\$	<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"/>
3.	\$	<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"/>
4.	\$	<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"/>

Declaración de uso de información: La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número del la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de caso (o uno de los siguientes programas: Calfresh, Calworks (oportunidades de trabajo) Kin-Gap) Asistencia de pago Kinship Guardián, o el programa de distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) . Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. POSDEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

SECCIÓN C: TODOS LOS HOGARES DEBEN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN ★ EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD

Código de Educación 49557(a): solicitudes para desayunos y comidas gratis o a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el programa nacional de almuerzos escolares no serán abiertamente identificados mediante el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta (promesa) y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales que los funcionarios escolares pueden verificar la información sobre la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales aplicables.

DOMICILIO:	CIUDAD & CODIGO POSTAL:	NUMERO DEL TELEFONO:	CELULAR:
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL ADULTO QUE FIRMA LA APLICACIÓN:		ULTIMOS 4 NUMEROS DE SEGURO SOCIAL #: X X X - X X - _____ <input type="checkbox"/> - YO NO TENGO SEGURO SOCIAL	
FIRMA (★EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD)		FECHA:	CORREO ELECTRÓNICO:

SECCION D. IDENTIDADES ETNICOS Y RECIALES DE LOS NINOS (OPCIONAL)
 1. Apunte uno o más identidades raciales. Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái o otro isla del Pacífico Blanco Otro (use one ethnicity). Hispanico/Latino Otro hispanico/Latino