School Year 2016-2017 River Springs Charter School Application for Free and Reduced-Price Meals

Complete one application per household.

Read the instructions included with Application on how to apply. Please print and use a pen. 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 **EACH STUDENT** 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 **foster**, **homeless**, **migrant**, or **runaway**.			
EXAMPLE: Joseph P Adams	**Lincoln Elementary**	**1st**	**12-15-2010**	Foster Child	Homeless	Migrant	Runaway
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDPIR

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 YES, do not complete STEP 3. Check the applicable program box, enter one case number, and then go to STEP 4.	**Select Program Type:** ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**	**Enter Case Number:**

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

A. STUDENT INCOME: Sometimes students in the household earn income. Please include the TOTAL 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. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself): List **ALL** household members not listed in STEP 1 **even if they do not receive income**. For each household member, report the TOTAL 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/SSI/ Child Support/Alimony	**How Often**	Pensions/Retirement/ 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 Member**	**Check the box if NO SSN** ☐

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? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly	Total Household Income	
Total Household Size	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)	☐ Categorical
	Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway	☐ Error Prone

Determining Official's Signature:	**Date:**
Confirming Official's Signature:	**Date:**
Verifying Official's Signature:	**Date:**

OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES

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

Ethnicity (check one):

☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Race (check one or more):

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

California Department of Education, June 2016

año escolar2016-17 River Springs Charter School Solicitud de comidas gratis o a precio reducido Llene una solicitud por hogar. 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 (federal 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**, 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	¿Estudiante? No	Marque todos los pertinentes: Bajo cuidado adoptivo temporal	Marque todos los pertinentes: Sin hogar, inmigrante, se fugó del hogar
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

PASO 2 ¿Algún miembro 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)

Si respondió que NO > Llene el PASO 3

☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDPIR **Número de caso:**

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

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	Ingresos de trabajo	¿Frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / 2 veces al mes / Mensualmente	Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia	¿Frecuencia? Semanalmente / Cada 2 semanas / 2 veces por mes / Mensualmente	Pensiones/jubilación/ todos los demás ingresos	¿Frecuencia Semanalmente / Cada 2 semanas / 2 veces por mes / Mensualmente
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

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 X X X X X ____

Marque la casilla si no tiene 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	No. de departamento	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono o correo electrónico	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

Esta institución es un proveedor que ofrece 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): ☐ Asiático ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Negro o afroestadounidense ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco

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

Total Household Members ____

Total Household Income ____ How often? Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Yearly

Annual Income Conversion

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

Approved as:

☐ Free
☐ Reduced-Price
☐ Paid (Denied)
Reason: _____

Verified as:

☐ Homeless
☐ Migrant
☐ Runaway

☐ Categorical

☐ Error Prone

Determining Official	Date	Confirming Official	Date	Verifying Official	Date