

PASSO 1 Liste TODOS os membros do agregado familiar que são bebês, crianças e estudantes até e incluindo a terceira série do Ensino Médio (se são necessários mais espaços para nomes adicionais, anexe uma outra folha de papel)

Primeiro nome da criança	Sobrenome	Último nome da criança	Série	Estudante? Sim Não	Sem-telo, Criança migrante, adotada, fugitiva
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>
				<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/>

Marque tudo que se aplica

Definição de Membro do agregado familiar: Qualquer um que vive com você e compartilha as refeições e despesas, mesmo que não tenha grau de parentesco.

Crianças em orfanato a crianças que atendem à definição de sem-telo, migrantes ou fugitivas são elegíveis para receber refeições gratuitas. Lida como se cadastrar gratuitamente e Relações escolares com preço reduzido para mais informações.

PASSO 2 Quaisquer membros do agregado familiar (incluindo você) participam atualmente de um ou mais dos seguintes programas de assistência: SNAP, TANF ou FdPIR?

Se NÃO > Vá para o PASSO 3. Se SIM > Escrever um número de caso aqui, em seguida vá para o PASSO 4 (Não complete o PASSO 3)

Número do processo: _____ Escreva apenas um número de caso neste espaço.

PASSO 3 Informe a renda de TODOS os membros do agregado familiar (pule este passo se você respondeu "Sim" no PASSO 2)

A. Renda da criança
As vezes, crianças no agregado familiar ganham ou recebem renda. Por favor, inclua a renda total recebida por todos os membros do agregado familiar listados no PASSO 1 aqui.

Renda da criança \$ _____

Com que frequência?

Semanal	Quinzenal	2 vezes por mês	Mensal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Todos os membros adultos do agregado familiar (incluindo você)
Liste todos os membros do agregado familiar não listados no PASSO 1 (incluindo você), mesmo se eles não recebem renda. Para cada membro do agregado familiar indicado, se eles recebem renda, informe a renda total bruta (antes de impostos) para cada fonte em dólares inteiros (sem centavos) somente. Se eles não recebem renda de qualquer fonte, escreva "0". Se você digitar "0" ou deixar quaisquer campos em branco, você está certificando (prometendo) que não há renda para informar.

Nome dos membros adultos do agregado familiar (primeiro e último)	Rendas de trabalho	Assistência Militar/Apoio à Criança/Pensão alimentícia	Com que frequência?	Rendimentos/Aposentadoria/Todos os outros rendimentos	Com que frequência?			
	Semanal	Quinzenal	2 vezes por mês	Mensal	Semanal	Quinzenal	2 vezes por mês	Mensal
	\$	<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 membros do agregado familiar (crianças e adultos) **Quatro últimos dígitos do número de segurança social (SSN) do assaltado primário ou outro membro adulto do agregado familiar**

Marque se não houver SSN

PASSO 4 Informações de contato e assinatura de adulto

Eu, certifico (jurjo) que todas as informações sobre esta aplicação são verdadeiras e que todas as rendas estão informadas. Eu, entendo que esta informação é dada em conexão com o recebimento dos recursos Federais, e que os funcionários da escola podem averiguar (verificar) as informações. Estou ciente de que caso eu tenha fornecido informações falsas, meus filhos podem perder benefícios alimentares, e eu posso ser processado sob as leis estaduais e federais aplicáveis.

Endereço (se disponível) Apto. n° Cidade Estado CEP

Nome impresso do adulto assinando o formulário Assinatura do adulto Telefone diurno e e-mail (opcional) Data de hoje

INSTRUÇÕES Fontes de renda

Fontes de renda da criança		Exemplo(s)	
- Renda do trabalho	- Seguro Social - Pagamentos de deficiência - Pensão de sobrevivência	- A criança tem um emprego regular de período integral ou meio-período onde ganha um ou mais salários	
- Renda da pessoa fora do agregado familiar		- Uma criança é cega ou possui deficiência e recebe benefícios da Previdência Social - Um parente está desativado, aposentado, ou falecido, e seu filho recebe pensões da previdência social.	
- Renda de qualquer outra fonte		- Um membro familiar ou amigo(a) dá dinheiro para a criança gastar criança regularmente - A criança recebe renda regular de um fundo de pensão privado, anuidade, ou de trust	

Fonte de renda para adultos		Pensões/Aposentadorias/Todas as outras rendas	
Renditas do trabalho	Assistência Pública/Pensão alimentícia/Apoio à Criança	Segurança Social (incluindo aposentadoria de ferrovia e seguro de pneumoconiose de mineiros de carvão) - Previdência Privada ou benefícios de deficiência - Renda regular de trusts ou propriedades - Anuidades - Renda de retorno de investimento - Juros ganhos - Renda de aluguel - Pagamentos regulares em dinheiro fora do agregado familiar	
- Ordenado, salários, bônus em dinheiro - Lucro líquido de auto-emprego (fazenda ou negócio) Se você está no Exército dos EUA: - Remuneração base e bônus em dinheiro (NÃO inclui pagamento de combate, FSSA ou subsídios de habitação privatizados) - Subsídios de habitação fora da base, alimentação e vestuário	- Seguro desemprego - Renda suplementar de segurança (SSI) - Assistência de dinheiro do Estado ou governo local - Pagamentos de pensão alimentícia - Pagamentos de apoio à criança - Benefícios a veteranos - Benefícios da greve		

OPCIONAL Identidades étnicas e raciais das crianças

Somos obrigados a solicitar informações sobre a raça de seus filhos e etnia. Esta informação é importante e ajuda a ter certeza de que nós estamos servindo plenamente nossa comunidade. A resposta a esta seção é opcional e não afeta a elegibilidade de seus filhos para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido.

Raça (marque um): Hispânica ou Latina Não Hispânica ou Latina Índia americana ou nativa do Alasca Asiática Americana negra ou africana Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacífico Branca

A Lei do Almoço Escolar Nacional de Richard B. Russell exige a informação nesta aplicação. Você não tem que fornecer a informação, mas se não o fizer, não poderemos aprovar seu filho para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido. Você deve incluir os quatro últimos dígitos do número do seguro social do membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação. Os quatro últimos dígitos do número de segurança social não é necessária quando você faz o cadastro em nome de um filho adotivo ou lista um número de processo de Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Programa ou Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) ou um outro identificador de FDPIR para o seu filho ou quando você indicar que o membro adulto do agregado familiar que assina a aplicação não tem um número de segurança social. Usaremos suas informações para determinar se o seu filho é elegível para receber refeições gratuitas ou a preço reduzido, e para a administração e execução dos programas de almoço e café da manhã. Nós PODEMOS compartilhar suas informações de elegibilidade com educação, saúde e programas de nutrição para ajudá-los a avaliar, financiar, ou determinar benefícios para os seus programas, auditores para avaliação de programas; e com autoridades policiais para ajudá-los a analisar violações de normas do programa.

De acordo com a lei de direitos civis Federais e do Departamento de Agricultura (USDA), regulamentos relativos aos direitos civis e políticos, o USDA, as suas agências, escritórios e funcionários, e as instituições que participam ou que administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade ou residência ou retaliação a atividade antes dos direitos civis em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

As pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informação do programa (por exemplo Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem gestual americana, etc.), devem entrar em contato com a Agência (Estado ou local) onde se cadastraram para benefícios. Os indivíduos que são surdos, com deficiência auditiva ou têm dificuldades de fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de retransmissão em (800) 877-8339. Além disso, informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do Inglês.

Para registrar uma queixa de programa de discriminação, preencha o formulário de queixa de discriminação do programa USDA, (AD-3027) encontrado on-line em: http://www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta dirigida ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário ou carta completa para USDA por:

Correio: Departamento da Agricultura dos EUA
Gabinete do Secretário Adjunto de Direitos Civis
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
fax: (202) 690-7442; ou
email: program.intake@usda.gov
Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades.

Não preencha Somente para uso escolar

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

How often?

Total Income Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date