

Manzanita Public Charter School Meal Application for School Year 2024-2025

Dear Parent or Guardian:

Manzanita Public Charter School offers two nutritious meals every school day through the National School Meal Programs. **All students receive meals at no charge for the 2024-2025 school year.** Manzanita does not qualify for Community Eligibility Provision (CEP), so meal applications are required to determine eligibility for program funding. 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. Applications are available at www.manzanitacharterschool.com/enrollment.

QUALIFICATION: Your children may qualify for free or reduced meal eligibility if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

2024-2025 Federal Income Eligibility Guidelines					
Household Size	Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
For each additional family member add:					
	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

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: Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway are eligible for free meals. Please contact school officials for assistance: Homeless, Teresa Gaona at (805) 734-5600 Ext. 314; Migrant & Runaway, Martha Garcia at (805) 734-5600.

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 qualifying for 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: Superintendent, Suzanne Nicastro at (805) 734-5600, 991 Mountain View Blvd. Vandenberg Space Force Base CA 93437.

ELIGIBILITY CARRYOVER: Your student'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, the student's eligibility will change to full price, 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, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

- mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410; or
- fax:** (202) 690-7442; or
- email:**
Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

STEP 1: CHILDREN'S INFORMATION – Include ALL children who live in your house. Print child's name (first, middle initial, last), school, grade level & birthdate. Report the child's GROSS monthly income (if any). Include foster child's income. If any child listed is a foster child, check the "Foster" box. If any child 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. 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 ADULT HOUSEHOLD MEMBERS – Must report GROSS income (before deductions) from ALL household members in whole dollars. Enter "0" for any household member that does not receive income.

- 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.

OPTIONAL - CHILDREN'S ETHNICITY AND RACE – 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.

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.

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, Tiffany Cole, Child Nutrition Services at (805) 734-5600.

SUBMIT: Please submit a complete application at the Mandatory Annual Registration Fair or to Manzanita Public Charter School Child Nutrition Services, 991 Mountain View Blvd. Vandenberg Space Force Base CA 93437. You will be notified by US Mail if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

Sincerely, Suzanne Nicastro, Superintendent

Code:		DO NOT COMPLETE FOR SCHOOL USE ONLY						VERIFICATION			
Application #		Check all that apply:									
1	4	Free	Reduced	Paid	DC	F H M R	Error Prone	Confirming Official Signature:	1 ST	2 nd	3 rd
2	5										
3	6	Determining Official Signature: Mosaic Software			Date Received:			Processing Date:			

2024–2025 Application for Free and Reduced-Price Meals An application is not required if you were notified that all of your children were directly certified.

STEP 1 – CHILDREN'S INFORMATION Provide information for ALL children in your household. Complete only ONE application per

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS

Print the name of EACH CHILD (First Name, Middle Initial, Last Name) EXAMPLE: Joseph P Adams	Enter school name and grade level EXAMPLE: Lincoln Elementary 1st		Child's birthdate EXAMPLE: 1/20/13	Child's Monthly Income (If any)	Check if the Child is:				Does ANYONE in household receive any benefits from the following programs? If YES , you MUST check the applicable program box and enter ONE case number. Skip STEP 3 and continue to STEP 4.
					Foster	Homeless	Migrant	Runaway	
1									Select Program Type: ☐ CalFresh ☐ CalWORKS ☐ FDIPIR Enter Case Number:
2									
3									
4									
5									
6									

STEP 3 – REPORT INCOME FOR ADULT HOUSEHOLD MEMBERS: List ALL household members that were not listed in STEP 1. If anyone has no income, write "Zero". If you leave any fields blank, you are certifying (promising) there is no income to report.

Full Name of ALL Adults Living in Household*	Earnings from Work (Before Deductions)					Public Assistance, Alimony, Child Support					Pensions, Retirement, Disability, Other Income					Optional – Children's Ethnicity & Race We are required to ask for information about your children's ethnicity and race. 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-priced meals.				
	Amount	How Often?				Amount	How Often?				Amount	How Often?								
		Weekly	Every 2 weeks	2x / Month	Monthly		Annually	Weekly	Every 2 Weeks	2x / Month		Monthly	Annually	Weekly	Every 2 Weeks		2x / Month	Monthly	Annually	
	\$					\$					\$									
	\$					\$					\$									
	\$					\$					\$									
	\$					\$					\$									
	\$					\$					\$									

Ethnicity <i>Check ONE</i>		Race <i>Check one or more</i>	
	Hispanic / Latino		American Indian
			Asian
	Not Hispanic / Latino		Black / African American
			Native Hawaiian / Other Pacific Islander
			White

Total Household Members: Last four digits of Social Security Number (SSN): Check 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:		Telephone:	
Address:							
City:		State:		Zip Code:		Email:	

Manzanita Public Charter School Aplicación para Almuerzos Escolares Ciclo Escolar 2024–2025

Estimados Padres o Tutores:
Manzanita Public Charter School ofrece dos comidas nutritivas todos los días escolares mediante los Programas Nacionales de Comidas Escolares. **Todos los estudiantes reciben comidas gratis durante el ciclo escolar 2024-2025.** Manzanita no es elegible para la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP) por lo que es necesario que si presentan aplicaciones para determinar la elegibilidad para el financiamiento del programa. Usted y sus estudiantes no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para ser elegibles y recibir alimentos gratis o precio reducido. **Si hay más miembros del hogar que el número de renglones en la solicitud,** adjunte una segunda solicitud. Aplicaciones esta disponibles en www.manzanitacharterschool.com/enrollment.

REQUISITOS: Sus estudiantes podrían ser elegibles para elegibilidad gratis o a precio reducido si los ingresos de su hogar son igual o menos de lo que indica la siguiente Guía de Elegibilidad de Ingresos federales.
No se puede procesar una solicitud para alimentos gratis o precio reducido a menos que se completen todas las áreas requeridas: Las familias pueden presentar una solicitud en cualquier momento del año escolar. Si no son elegibles en este momento, pero los ingresos de su hogar disminuyen, el tamaño

Guía Federal de Elegibilidad de Ingresos 2024-2025					
Miembros en la Familia	Anual	Mensual	Dos veces al mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
Por cada persona adicional, agregue:					
	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

de su familia aumenta o algún miembro de su hogar es elegible para recibir beneficios de CalFresh, Oportunidad de Trabajo y Responsabilidad para los Niños de California (California Work Opportunity and Responsibility to Kids, CalWORKS) o Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), usted puede someter una solicitud en ese momento.
CERTIFICACIÓN DIRECTA: No se requiere completar una solicitud si la familia recibe una carta informándole que todos los estudiantes fueron automáticamente certificados para recibir alimentos gratis. Si no recibió una carta, complete una solicitud.
VERIFICACIÓN: Personal escolar autorizado puede verificar la información en la aplicación 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 FDPIR.
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 alimentos gratis o a precio reducido completando esta solicitud.
ESTUDIANTES QUE ESTAN BAJO LA DEFINICION SIN HOGAR, MIGRANTES O FUGITIVOS: Los estudiantes bajo la definición sin hogar, migrantes o fugitivos son elegibles para recibir alimentos gratis. Comuníquese con el personal autorizado escolar para obtener ayuda: Estudiantes sin hogar, Teresa Gaona (805) 734-5600 Ext. 314; Estudiantes Migrantes, Martha Garcia (805) 734-5600.
ESTUDIANTES EN HOGAR TEMPORAL (Foster Care): La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de hogar temporal o un tribunal para ser elegibles para alimentos gratis. Un estudiante bajo hogar temporal podría ser incluido como miembro del hogar si la familia de crianza temporal también elige solicitar asistencia para los estudiantes que no están bajo hogar temporal usando la misma solicitud y debe informar cualquier ingreso personal recibido por el estudiante de crianza. Si los estudiantes que no están bajo cuidado de crianza temporal no son elegibles, esto no impide que los estudiantes que si lo están sean elegibles para alimentos 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 personal autorizado de la audiencia. También tiene derecho a una audiencia imparcial, la que puede solicitar llamando o escribiendo a: Superintendente, Suzanne Nicastro (805) 734-5600, 991 Mountain View Blvd. Vandenberg Space Force Base, CA 93437.
ELIGIBILIDAD CONTINUA: La elegibilidad de su estudiante del año escolar anterior continuará durante el nuevo año escolar por un máximo de 30 días escolares, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando finalice el período de elegibilidad continua, la elegibilidad de su estudiante cambiará a precio completo, a menos que el hogar reciba una carta de notificación de alimentos gratis o a precio reducido. El personal escolar no está obligado a enviar recordatorios o avisos de expiración de la condición de elegibilidad.
DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN: De acuerdo con la ley federal de

derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.
La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.
Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o
(2) fax: (202) 690-7442; o
(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

PASO #1: INFORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES – Incluya a TODOS LOS ESTUDIANTES que viven en su hogar. Escriba el nombre su estudiante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Reporte el ingreso mensual en BRUTO (si recibe). Si alguno de los estudiantes está bajo cuidado de hogar temporal, marque la opción “Hogar temporal”. Si alguno de los estudiantes indicados está sin hogar, es migrante o fugitivo del hogar, marque la opción “Sin hogar”, “Migrante” o “Abandono del hogar” correspondiente y complete 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 estudiantes son elegibles para recibir comidas gratis. Marque el programa de asistencia pertinente, anote un número de caso y avance al PASO #4. Si nadie participa, avance al PASO #2 y continúe con el PASO #3.
PASO #3: REPORTE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR – Debe declarar los ingresos en BRUTO (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar en números enteros. Anote “0” para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.
A) Escriba los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS DEMÁS miembros del hogar que no indicó en el PASO #1, incluyéndose a sí mismo. Reporte los ingresos totales en BRUTO de cada fuente y anote la frecuencia que los recibe.
B) Anote el total de miembros del hogar (niños y adultos). Este número debe ser igual a la cantidad de personas del hogar indicados en el PASO #1 y PASO #3.
C) Anote los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un número de seguro (SSN), indique la opción “NO tiene número SSN”.

OPCIONAL: GRUPO ÉTNICO Y RAZA DE LOS ESTUDIANTES – Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir alimentos gratis o a precio reducido. Marque las opciones apropiadas.
PASO #4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE PERSONA ADULTA – 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.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) requiere que se proporcione la información en esta solicitud. Usted no tiene que proporcionar esta información, pero si no lo hace no podemos aprobar a su hijo para que reciba alimentos 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 otra manera identificable 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 es elegible para obtener alimentos gratis o a precio reducido y para la administración e implementación de los programas de almuerzos y desayunos.

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA: Comuníquese con Tiffany Cole, Departamento de Nutrición Escolar (Child Nutrition Services) al (805) 734-5600.

ENVÍE LA APLICACIÓN: Presente una aplicación durante la Feria Anual de Inscripción Obligatoria o en la oficina de Manzanita Public Charter School, 991 Mountain View Blvd. Vandenberg Space Force Base, CA 93437. Se le notificará si su aplicación es aprobada o no aprobada para recibir alimentos gratis o a precio reducido.

Atentamente,
Suzanne Nicastro, Superintendent

Code:		DO NOT COMPLETE FOR SCHOOL USE ONLY						VERIFICATION			
Application #		Check all that apply:						1st2nd3rd			
1	4	Free	Reduced	Paid	DC	F H M R	Error Prone	Confirming Official Signature:			
2	5	Determining Official Signature:			Mosaic Software		Date Received:		Processing Date:		
3	6										

Aplicación para Alimentos Gratis o Precio Reducido 2024–2025 NO SE REQUIERE que complete una aplicación si recibió notificación que es elegible por certificación directa.

PASO 1 - INFORMACION DE LOS NIÑOS: Proporcione información de TODOS los niños en su hogar. Complete solamente UNA aplicación por familia

PASO 2 - PROGRAMAS DE ASISTENCIA

Nombre de CADA NIÑO (Primer nombre, inicial del segundo nombre, todos los apellidos) EJEMPLO: Joseph P Adams	Nombre de la escuela y el grado escolar EJEMPLO: Lincoln Elementary 1st		Fecha de Nacimiento EJEMPLO: 1/20/13	Ingreso mensual de los niños (si tiene)	Indique si es				¿ALGUIEN en su hogar recibe beneficios de alguno de los siguientes programas? Si contestó SI, DEBE escribir el número de caso. Avance al Paso #3 y complete el Paso #4.
					Foster	Sin hogar	Migrante	Abandonó el hogar	
1									Seleccione el tipo del programa: ☐ CalFresh ☐ CalWORKS ☐ FDPIR Escriba el número de Caso:
2									
3									
4									
5									
6									

PASO 3 - MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR E INGRESOS MENSUALES: Escriba los nombres de los miembros del hogar que no indicó en el PASO 1.

Si nadie tiene ingresos, escriba “cero”. Si deja el espacio en blanco, usted está certificando (promete) que no hay ingresos que reportar.

Nombre Completo de TODOS los Adultos Viviendo en su Hogar	Ingreso por Empleo (Antes de Deducciones) Con que frecuencia recibe este ingreso?					Ingresos de Asistencia Pública, Divorcio, Sostén Infantil Con que frecuencia recibe este ingreso?					Ingresos de Pensiones, Jubilación, Discapacidad, Otros Ingresos Con que frecuencia recibe este ingreso?							
	Cantidad	Semanal	Cada 2 semana	2 veces/mes	Mensual	Anual	Cantidad	Semanal	Cada 2 semana	2 veces/mes	Mensual	Anual	Cantidad	Semanal	Cada 2 semana	2 veces/mes	Mensual	Anual
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					
	\$						\$						\$					

Total de Personas en el Hogar (Niños & Adultos) Últimos 4 números del Seguro Social (SSN) del Miembro de Familia Adulto Marque aquí si NO tiene No. Seguro Social (SSN) ☐

Opcional – Grupo Étnico y Raza de los niños	
Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos a nuestra comunidad en general. El responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad para alimentos gratis o precio reducido.	
Grupo Étnico	Raza
Marque uno	Marque uno o más
Hispano o Latino	Indígena Americano o Nativo de Alaska
	Asiático
No Hispano o Latino	Negro o Áfrico-Americano
	Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
	Blanco

PASO # 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE UN ADULTO. “Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y correcta y que todos los ingresos han sido reportados. Yo entiendo que la información es proporcionada en conexión con el recibimiento de fondos federales y que oficiales escolares pueden verificar (revisar) la información. Estoy enterado que si doy información falsa intencionalmente; mis hijos pueden perder los beneficios y yo pudiera ser enjuiciado bajo las leyes Estatales y Federales”.

Nombre del adulto que completa el formulario:		Escriba su nombre en letra de molde:		Fecha de hoy:		Teléfono:	
Dirección:							
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Correo Electrónico (email):	