WATCHUNG HILLS
REGIONAL HIGH SCHOOL

Elizabeth C. Jewett
Superintendent

Timothy M. Stys, CPA
Business Administrator

George P. Alexis
Principal

Estimado padre o tutor:

Todos los estudiantes matriculados en las escuelas públicas de Nueva Jersey deben ser encuestados. Esta encuesta es necesario incluso si la escuela no participa en ninguna de las comidas nutritivas con fondos federales.

Se adjunta una aplicación para ser utilizado con fines de estudio. Por favor llene esta solicitud tan pronto como sea posible, firmarlo y devolverlo a la escuela de su hijo.

Nueva Jersey se ha comprometido a garantizar que todos los niños están inscritos en un programa de seguro médico. La información sobre su solicitud de comidas sera compartida con NJ Family Care para determinar si sus hijos califican para participar en el programa de seguro. Si no desea compartir su información con Medicaid o NJ Family Care debe completar y firmar el formulario de intercambio de información adjunto para Medicaid o NJ Family Care, y devolverlo a la escuela de su hijo. La información de contacto para NJ Family Care se enumeran a continuación:

NJ Family Care 1-800-701-0710www.njfamilycare.org

Contactola escuela de su hijo si tiene alguna pregunta.
Gracias por su cooperación.

DEVUELVA TODAS las solicitudes completas a los principales OFICINA O PARA:
Sr. Steven C. Searfoss, subdirector,
108 Stirling Road, Warren, NJ 07059. Teléfono: 908-647-4800, Ext. 6823

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura (USDA) las regulaciones de los derechos civiles y políticas, el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA de Estados Unidos tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color , origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza para la actividad antes de los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede hacerse disponible en idiomas distintos del Inglés.

Para presentar una queja de discriminación programa, completar el Formulario de USDA Programa de quejas por discriminación, (AD-3027) se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escribir una carta dirigida al USDA y proporcionan en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632 a 9992. Enviar su formulario completado o carta a USDA por:

(1) mail: Departamento de laAgricultura de Estados

Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW Washington, DC 20250-9410Unidos;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) email: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD PARA COMIDAS ESCOLARES gratis oa precio reducido

Utilice estas instrucciones para ayudarle a llenar la solicitud para comidas gratis oa precio reducido. Sólo tiene que presentar una solicitud por hogar, incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en el distrito. La solicitud debe ser llenada completamente para certificar a sus hijos para recibir comidas gratis oa precio reducido. Por favor, siga estas instrucciones con el fin! Cada paso de las instrucciones es el mismo que los pasos en la aplicación. Si en algún momento no está seguro de qué hacer a continuación, póngase en contacto con su escuela.

Paso 1: Liste todos los miembros del hogar que los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo GRADO 12

nos indican cuántos bebés, niños y estudiantes de la escuela viven en su hogar. Ellos no tienen que estar relacionado con usted para ser una parte de su hogar.

¿Quién debería enumerar aquí? Al llenar esta sección, por favor incluya TODOS los miembros del hogar que son:

- **niños de 18 años o menos y son compatibles con los ingresos del hogar;**
- **En su atención en régimen de acogida, o calificar como personas sin hogar, emigrante o jóvenes fugitivos;**
- **Los estudiantes que asisten al sistema escolar, independientemente de su edad.**

A) Anote el nombre de cada niño. Imprimir el nombre de cada niño. Utilice una línea de la aplicación para cada niño. Al imprimir nombres, escribir una letra en cada cuadro. Pare si se queda sin espacio. Si hay más niños que presentan líneas en la solicitud, adjunte un segundo trozo de papel con toda la información requerida para los niños adicionales.	B) Es el niño un estudiante en este distrito escolar? Marca 'Sí' o 'No' en la columna titulada “estudiante” a nosotros, que los niños asisten al distrito escolar que aquí diga. Si marcó 'Sí', escriba el nivel de grado del estudiante en la columna 'grado' a la derecha.	C) ¿Tiene alguna hijos de crianza? Si los niños que figuran son hijos de crianza, marque la casilla de “Foster Child” junto al nombre del niño. Si sólo está solicitando para los niños de crianza, después de terminar el PASO 1, vaya al paso 4. Los niños de crianza que viven con usted pueden contar como miembros de su familia y deben ser indicado en su solicitud. Si usted está solicitando tanto de acogida y no de crianza temporal, vaya al paso 3.	D) Se hacen los niños sin hogar, emigrante o fugitivo? Si usted cree que cualquier niño que aparece en esta sección responde a esta descripción, marca la casilla “sin hogar, fugitivo” junto al nombre del niño y completar todos los pasos de la aplicación.

PASO 2: ¿De algún miembro del hogar participan actualmente en SNAP, TANF, O FDPIR?	
Si alguien en su hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los programas de intervención que se indican a continuación, sus hijos son elegibles para las comidas escolares gratuitos: ● **El Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) o NJ SNAP.** ● **Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o TANF NJ / WorkFirst NJ.** ● **El Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias (FDPIR).**	
A) Si nadie en su hogar participa en cualquiera de los programas mencionados anteriormente: ● **Deja PASO 2 en blanco y vaya al paso 3.**	**B) Si alguien en su hogar participa en cualquiera de los programas mencionados anteriormente:** ● **Escribir un número de caso de SNAP, TANF, o FDPIR. Sólo es necesario proporcionar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no conoce su número de caso, póngase en contacto con su agencia local de asistencia social del condado: http://www.nj.gov/humanservices/dfd/programs/njsnap/cwa/index.html** ● **vaya al paso 4.**

PASO 3: INGRESOS informe para todos los MIEMBROS DE LA FAMILIA

¿Cómo informo de mis ingresos?

- Use los gráficos titulados **"fuentesde ingresos paraadultos"** y **"Fuentesde ingresos para losniños"** impreso en el dorso del formulario de solicitud para determinar si sus ingresos son reportar.
- Informe todas las cantidades en el ingreso bruto SOLAMENTE. Reportar todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.
    - El ingreso bruto es el ingreso total recibido antes de impuestos.
    - Mucha gente piensa en los ingresos como la cantidad que "llevar a casa" y no el total, cantidad "bruta". Asegúrese de que los ingresos que reporta en esta solicitud no se ha reducido para pagar impuestos, primas de seguros, o de cualesquiera otras cantidades tomadas de su sueldo.
- Escribir un "0" en cualquier campo donde no hay ingresos para reportar. Cualquier campo de ingreso que queda vacío o en blanco también se contará como un cero. Si se escribe '0' o dejar ningún campo en blanco, se está certificando (prometedor) que no hay ingresos para reportar. Si las autoridades locales sospechan que su ingreso familiar se informó incorrectamente, se investigará su aplicación.
- Marca de la frecuencia con cada tipo de ingreso se recibe usando las casillas de verificación a la derecha de cada campo.

3.A. INFORME DE RESULTADOS DEL TRABAJO DE LOS NIÑOS

A) **todo el ingreso ganado o recibido por los niños.** Reporte el ingreso bruto combinado para todos los niños indicados en el PASO 1 en su casa en la casilla marcada "Ingresos del niño." Sólo contar los ingresos de los niños de crianza si usted está solicitando para ellos junto con el resto de su hogar.
Cuál es el ingreso del niño? El ingreso del niño es el dinero recibido de parte de su hogar que se paga directamente a sus hijos. Muchos hogares no tienen ningún ingreso niño.

3.B INFORME ingresos obtenidos por los adultos

que debería enumerar aquí?

- Al llenar esta sección, por favor incluya todos los miembros adultos del hogar que viven con usted y los ingresos y gastos, incluso si no están relacionados e incluso si no reciben ingresos propios.
- ***No incluyen:***
    - Las personas que viven con usted, pero no son compatibles con los ingresos de su hogar y no contribuyen a los ingresos de su hogar.
    - Los bebés, niños y estudiantes que ya aparecen en **el paso 1.**

B) Lista de nombres de adultos miembros del hogar. Imprimir el nombre de cada miembro de la familia en las casillas marcadas "Los nombres de los miembros del hogar adultas (nombre y apellido)." No incluya algún miembro del hogar que aparecen en **el paso**1. Si un niño que se indica en **el PASO 1** tiene ingresos, siga las instrucciones del **paso 3, parte A.**	**C) las ganancias de informe de trabajo.** Reportar todos los ingresos del trabajo en el campo "ganancias de trabajo" en la solicitud. Este suele ser el dinero recibido de trabajar en puestos de trabajo. Si usted es propietario de un negocio o una granja por cuenta propia, se le declara su ingreso neto. ***¿Qué pasa si estoy por cuenta propia?*** Informe de ingresos de ese trabajo como un importe neto. Esto se calcula restando los gastos operativos totales de su empresa a partir de sus ingresos brutos o ingresos.	**D) los ingresos Informe de asistencia pública / manutención de los hijos / pensión alimenticia.** Reportar todos los ingresos que se aplica en el campo "Asistencia Pública / manutención de los hijos / pensión alimenticia" de la aplicación. No informar el valor en efectivo de los beneficios de asistencia pública que no aparecen en el gráfico. Si el ingreso se recibe de manutención o pensión alimenticia, solamente informar sobre los pagos ordenados por la corte. Los pagos informales pero regulares deben ser reportados como "otros" ingresos en la siguiente parte.
MI) Informe ingreso de pensión / jubilación / todos los otros ingresos. Reportar todos los ingresos que se aplica en el "Pensiones / Retiro Todos Otros / Ingresos" campo de la aplicación.	**F) Reportar el tamaño total de los hogares.** Introduce el número total de miembros del hogar en el campo "Total de miembros del hogar (niños y adultos)." Este número debe ser igual al número de miembros del hogar que figuran en **los 1** y **pasos3.**Si hay algún miembro de su familia que no ha enumerados en la solicitud, volver atrás y añadir ellos. Es	**GRAMO) Proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguridad Social.** Un adulto debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su número de la Seguridad Social en el espacio proporcionado. Usted es elegible para solicitar los beneficios incluso si usted no tiene un número de Seguridad Social. Si no hay miembros adultos del hogar tienen un número

	muy importante tener una lista de todos los miembros del hogar, ya que el tamaño de su hogar afecta su elegibilidad para recibir comidas gratis oa precio reducido.	de Seguridad Social, deje este espacio en blanco y marcar la casilla de la derecha con el texto “Comprobar si hay SSN.”

PASO 4: información de contacto y firma de un adulto

Todas las aplicaciones debe ser firmado por un miembro adulto de la familia . Al firmar la solicitud, que es miembro de la familia prometedora que toda la información se ha informado veraz y completa. Antes de completar esta sección, por favor asegúrese también de haber leído las declaraciones de privacidad y los derechos civiles en la parte posterior de la aplicación.

UN) Proporcionar su información de contacto. Escriba su dirección actual en los campos correspondientes si esta información está disponible. Si no tiene dirección permanente, esto no hace que sus hijos no elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido. Compartir un número de teléfono, dirección de correo electrónico, o ambos es opcional, pero nos ayuda a alcanzar rápidamente si es necesario ponerse en contacto con usted.	**B) Imprimir y firmar su nombre y escribir la fecha de hoy.** Imprimir el nombre del adulto que firma la solicitud y que los signos persona en el cuadro de “Firma del adulto.”	**C) Correo el formulario completo a su escuela o distrito.**	**D) Identidad étnica y racial de Acciones de los niños (opcional).** En la parte posterior de la aplicación, le pedimos que compartir información acerca de la raza de sus hijos y la etnicidad. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis oa precio reducido.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LIBRE Y REDUCIDO PRECIO COMIDAS ESCOLARES

Estimado padre / tutor:

Los niños necesitan comida nutritiva para aprender. **Watchung COLINAS Regional High School** ofrece comidas saludables todos los días escolares a los precios que figuran a continuación. **Sus niños podrían calificar para comidas gratis oa precio reducido.**

	PRECIO COMPLETO	PRECIO REDUCIDO
almuerzo	$ 3.60 *	$ 0,40
* Precio Variable almuerzo menú escolar puede acceder en http://www.pomptonianmenus.com/index.asp?id=watchung%20hills		

Este paquete incluye una solicitud de beneficios de comida gratis o reducido precio y un conjunto de instrucciones detalladas.

A continuación, algunas preguntas y respuestas comunes para ayudarle con el proceso de solicitud.

1. ¿Quién puede recibir comidas gratis oa precio reducido?
   - Todos los niños en hogares que reciben **NJ SNAP** o **TANF NJ / WorkFirst-NJ** son elegibles para recibir comidas gratis.
   - Los niños de crianza que están bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado de crianza o tribunal son elegibles para recibir comidas gratis.
   - Los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela son elegibles para recibir comidas gratis.
   - Los niños que cumplen con la definición de personas sin hogar, fuga o migrantes son elegibles para recibir comidas gratis.
   - Los niños pueden recibir comidas gratis oa precio reducido si los ingresos de su familia están dentro de los límites en las Tabla Federal de Ingresos. Sus hijos pueden calificar para recibir comidas gratis oa precio reducido si el ingreso familiar está en o por debajo de los límites de esta tabla.

DIRECTRICES 2017-2018 ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

July 1, 2017 – June 30, 2018
(As announced by the United States Department of Agriculture)

HOUSE-HOLD SIZE	FREE MEALS OR MILK					HOUSE-HOLD SIZE	REDUCED PRICE MEALS				
	Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly		Annual	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	15,678	1,307	654	603	302	1	22,311	1,860	930	859	430
2	21,112	1,760	880	812	406	2	30,044	2,504	1,252	1,156	578
3	26,546	2,213	1,107	1,021	511	3	37,777	3,149	1,575	1,453	727
4	31,980	2,665	1,333	1,230	615	4	45,510	3,793	1,897	1,751	876
5	37,414	3,118	1,559	1,439	720	5	53,243	4,437	2,219	2,048	1,024
6	42,848	3,571	1,786	1,648	824	6	60,976	5,082	2,541	2,346	1,173
7	48,282	4,024	2,012	1,857	929	7	68,709	5,726	2,863	2,643	1,322
8	53,716	4,477	2,239	2,066	1,033	8	76,442	6,371	3,186	2,941	1,471
Each Additional Household Member	5,434	453	227	209	105	Each Additional Household Member	7,733	645	323	298	149

2. ¿Cómo sé si mis hijos califican como sin hogar, y los movimientos inesperados? ¿Los miembros de su familia carecen de una dirección permanente? Te vas a quedar juntos en un refugio, hotel, u otro arreglo de vivienda temporal? ¿Su familia reubicar de forma estacional? ¿Hay niños que viven con usted que han optado por dejar a su familia o del hogar antes? Si usted cree niños en su hogar cumplen con estas descripciones, y no le han informado que sus hijos recibirán comidas gratis, por favor llame o envíe un correo electrónico a su escuela, enlace sin hogar o coordinador de emigrantes.
3. ¿Es necesario llenar una solicitud para cada niño? No. *El uso uno comidas gratis oa precio Reducido para todos los estudiantes en su hogar.* No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Devuelva la solicitud completa a una de las escuelas de sus hijos.
4. ¿Debo llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar dice que mis hijos ya aprobados para comidas gratis? No, pero por favor, lea la carta que recibió y siga las instrucciones. Si algún niño en su hogar que faltaban de su notificación de elegibilidad, póngase en contacto con la escuela inmediatamente.
5. PUEDO solicitud en línea? Si está disponible, se le anima a completar una solicitud en línea en lugar de una solicitud en papel si usted es capaz. La solicitud en línea tiene los mismos requisitos y le pedirá la misma información que la aplicación de papel. Póngase en contacto con su escuela si tiene alguna pregunta sobre la solicitud en línea.
6. La solicitud de mi hijo fue aprobado el año pasado. ¿NECESITO LLENAR una nueva? Sí. La solicitud de su hijo es válida solo para ese año escolar y para los primeros días de este año escolar. Debe enviar una nueva solicitud a menos que la escuela le dijo que su hijo es elegible para el nuevo año escolar. Si usted no envía una nueva aplicación que está aprobado por la escuela o que no ha sido notificado de que su hijo es elegible para recibir comidas gratis, a su hijo se le cobrará el precio completo de comidas.
7. RECIBO WIC. Pueden mis hijos recibir comidas gratis? Los niños en hogares que participan en WIC pueden ser elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido. Por favor, envíe una solicitud.
8. Será la información que proporcione puede comprobar? Sí. También podemos pedirle que envíe prueba escrita de los ingresos de los hogares que se informe.
9. Si yo no califico ahora ¿puedo solicitar más tarde? Sí, se puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Por ejemplo, los niños con un padre o tutor que queda sin empleo pueden ser elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido si el ingreso familiar cae por

debajo del límite de ingresos.

10. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud? Debe hablar con funcionarios de la escuela. También podría solicitar una audiencia ya sea llamando o escribiendo a:
    STEVEN C. SEARFOSS, subdirector
    Watchung COLINAS Regional High School,
    108 Stirling Road, Warren, NJ 07059
    908-647-4800, Ext. 6823.

11. ¿Puedo solicitar aunque alguien en mi hogar no es un ciudadano de los EE.UU.? Sí. Usted, sus hijos u otros miembros del hogar no tiene que ser ciudadanos americanos para solicitar comidas gratis oa precio reducido.
12. ¿Qué pasa si mi ingreso no es siempre igual? Anote la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe $ 1000 al mes pero se ausentó al trabajo el mes pasado y solo recibió $ 900, anote que usted recibe $ 1000 por mes. Si normalmente recibe horas extras, incluyen, pero no lo incluya si sólo trabaja horas extras a veces. Si ha perdido su trabajo o sus horas o salarios reducidos, use su ingreso actual.
13. Qué, si algunos miembros del hogar no tienen ingresos que informar? Los miembros del hogar no pueden recibir algunos tipos de ingresos que pedimos que informe de la aplicación, o puede no recibir ingreso alguno. Cada vez que esto sucede, puede escribir un 0 en el campo. Sin embargo, si cualquiera de los campos de ingreso se dejan en blanco o en blanco, los que también serán contados como ceros. Por favor tenga cuidado al salir de los campos de ingreso en blanco, como vamos a suponer que significaba para hacerlo.
14. Estamos en el ejército. es lo que nuestro informe de ingresos de la misma? Sus salarios y bonos en efectivo básicas deben ser reportados como ingresos. Si que reciba cualquier asignaciones de valor de efectivo para vivienda fuera de la base, alimentos o ropa, sino que también deben ser incluidos como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya el subsidio para vivienda como ingreso. Cualquier pago de combate adicional resultante de despliegue también se excluye de los ingresos.
15. LO QUE SI NO HAY SUFICIENTE ESPACIO EN LA SOLICITUD DE MI FAMILIA? Identifique a los miembros adicionales del hogar en una hoja de papel, y adjuntarlo a su solicitud.
16. Mi familia necesita más ayuda. ¿Hay otros programas que podamos solicitar? Para averiguar cómo aplicar para NJ SNAP u otros beneficios de asistencia, póngase en contacto con su oficina local de asistencia o llame al 1-800-687-9512 o visite https://oneapp.dhs.state.nj.us/default.aspx.También puede ponerse en contacto con NJ FamilyCare o Medicaid al 1-800-701-0710 o www.njfamilycare.org para obtener información sobre el seguro de salud para su familia. Para el Programa WIC, llame al 1-800-328-3838 o visite www.nj.gov/health/fhs/wic.

Si usted tiene otras preguntas o necesita ayuda, llame al **908-647-4800, Ext. 6823.**

Atentamente,

Steven C. Searfoss
vice principal

Application #:

2017-2018 Application for Free and Reduced Price School Meals

Complete one application per household. Please type or use a pen (not a pencil).

Available online at:

STEP 1 List All Household Members who are infants, children, and students up to and including Grade 12 (if more spaces are required for additional names, attach another sheet)

Definition of **Household Member**: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."

Children in **Foster care** and children who meet the definition of **Homeless**, **Migrant** or **Runaway** are eligible for free meals. Read **How to Apply for Free and Reduced Price School Meals** for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name [press spacebar to advance]	School Name (Abbr.)	Grade	Student attends this school district? Yes	Student attends this school district? No	Check all that apply: Foster Child	Check all that apply: Homeless, Migrant, Runaway
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐

STEP 2 Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR? YES NO

If you answered NO > Complete STEP 3. **If you answered YES** > Write a case number here then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3)

Case Number:

Write only one case number in this space.

STEP 3 Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

Are you unsure what income to include here?

Flip the page and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

The "Sources of Income for Children" chart will help you with the Child Income section.

The "Sources of Income for Adults" chart will help you with the All Adult Household Members section.

A. Child Income

Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all Household Members listed in STEP 1 here.

Child income $ ____ How often? ○ Weekly ○ Bi-Weekly ○ 2x Month ○ Monthly

B. All Adult Household Members (including yourself)

List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) 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.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How often? Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Public Assistance/ Child Support/Alimony	How often? Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Pensions/Retirement/ All Other Income	How often? Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○
	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○	$	○	○	○	○

Total Household Members (Children and Adults) ____

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member X X X X X ____ **Check if no SSN** ☐

STEP 4 Contact information and adult signature. Mail Completed Form To:

"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."

Street Address (if available) | Apt # | City | State | Zip | Daytime Phone and Email (optional)

Printed name of adult signing the form | Signature of adult | Today's date

INSTRUCTIONS Sources of Income

Sources of Income for Children

Sources of Child Income	Example(s)
- Earnings from work	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages
- Social Security - Disability Payments - Survivor's Benefits	- A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A Parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits
-Income from person outside the household	- A friend or extended family member regularly gives a child spending money
-Income from any other source	- A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust

Sources of Income for Adults

Earnings from Work	Public Assistance / Alimony / Child Support	Pensions / Retirement / All Other Income
- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food and clothing	- Unemployment benefits - Worker's compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veteran's benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private pensions or disability benefits - Regular income from trusts or estates - Annuities - Investment income - Earned interest - Rental income - Regular cash payments from outside household

OPTIONAL Children's Racial and Ethnic 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

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 is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (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. 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.

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, 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:

mail civil rights complaints **only** to: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

fax: (202) 690-7442; or
email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Do not fill out For School Use Only

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

Total Income

How often? Weekly ○ Bi-Weekly ○ 2x Month ○ Monthly ○

Household Size

Categorical Eligibility ☐

Eligibility: Free ○ Reduced ○ Denied ○

Determining Official's Signature **Date**

Confirming Official's Signature **Date**

Verifying Official's Signature **Date**

información compartir con Medicaid o NJ FAMILYCARE

Estimado padre / tutor:

Si sus niños reciben comidas gratis oa precio reducido, que puede también ser capaz de obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo a través de Medicaid o NJ FamilyCare. Los niños con seguro de salud tienen más probabilidades de recibir atención médica regular y son menos propensos a faltar a la escuela debido a una enfermedad.

Debido a que el seguro de salud es tan importante para el bienestar de los niños, **la ley nos permite notificar a Medicaid y NJ FamilyCare que sus niños son elegibles para recibir comidas gratis oa precio reducido, *a menos que nos indique lo***contrario.Medicaid y NJ Family Care solamente usan la información para identificar a los niños que pueden ser elegibles para sus programas. Los funcionarios del programa pueden ponerse en contacto para ofrecer que inscriba a sus hijos. Completando el gratuito oa precio reducido solicitud para Comidas Escolares no inscribe automáticamente a sus hijos para seguro médico.

Si no desea que compartamos la información con Medicaid o NJ FamilyCare, llene el siguiente formulario y enviar (El enviar esta forma no cambiará el que sus hijos reciban comidas gratis oa precio reducido).

❑ **¡No! NOque** deseo la información de mis comidas escolares gratis oa precio reducido Aplicación compartida con Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (NJ FamilyCare)

Si usted marcó no, llene el siguiente formulario para asegurarse de que su información no es compartida por el niño (s) se enumeran a continuación:

Nombre del niño: _____ Escuela: _____

Nombre del niño : _____ escuela: _____

Nombre del niño: _____ escuela: _____

Nombre del niño: _____ escuela: _____

Firma del padre / tutor: _____Date: _____

Nombre Impreso: _____ Dirección: _____

Regrese esta forma a la escuela de su hijo si usted NO desea que esta información sea compartida con Medicaid o NJ FamilyCare.