

LETTER TO HOUSEHOLDS

Dear Parent or Guardian:

Child(ren) need healthy meals to learn. River Trails School District 26 offers healthy meals every school day. Breakfast costs \$1.25. Lunch costs \$2.35 in the elementary schools and \$2.35 and \$2.75 in the middle school. Your child(ren) may qualify for free meals or for reduced-price meals. Reduced-price meals cost \$0.30 for breakfast and \$0.40 for lunch. To apply for free or reduced-price meals, use the Household Eligibility Application, which is enclosed. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. Return completed application to:

Name: Sue Grimm
 Address: 1000 Wolf Rd., Mt. Prospect, IL 60056
 Telephone: 224-612-7624

Your child(ren) may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls within the limits on this chart.

FEDERAL INCOME GUIDELINES
 (Effective from July 1, 2009, to June 30, 2010)

Household Size	Reduced-Price Meals 185% Federal Poverty Guidelines				
	Annual	Monthly	Twice Per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
For each additional family member, add	6,919	577	289	267	134

Here are answers to questions you may have about applying:

- Who can get free or reduced-price meals?** Children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) and most foster children can get free meals regardless of your income. Also, if your household income is within the limits on the Federal Income Chart, your children can get free or reduced-price meals.
- Will the information I give be checked?** Yes, we may ask you to send written proof of the information you give.
- My child receives SNAP or TANF benefits. The school provided me a letter that stated that my child is eligible for free meals via the Direct Certification Process. Do I need to do anything more to ensure that I receive free meals for my child?** No. You do not need to do anything more to receive the free meals. If you do not wish to receive the free meals, you should follow the steps outlined in the letter from the school to notify school personnel immediately.
- Do I need to fill out an application for each child?** No. Complete the application to apply for free or reduced-price meals. Use one Household Eligibility Application for all students in your household. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to fill out all required information. Return the completed application to person listed above.
- Can homeless, runaway, migrant or Head Start children get free meals?** Please call (or contact the school) to see if your child(ren) qualifies, if you have not been informed that they will receive free meals.
- Who can get reduced-price meals?** Your children can get low-cost meals if your household income is within the reduced-price limits on the Federal Income Chart, shown on this application.
- I get Women, Infants, and Children (WIC). Can my child(ren) get free meals?** Children in households participating in WIC may be eligible for free or reduced-price meals. Please fill out an application.
- May I apply if someone in my household is not a U.S. citizen?** Yes. You or your child(ren) do not have to be a U.S. citizen to qualify for free or reduced-price meals.
- 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). You must include yourself and all children who live with you.
- What if my income is not always the same?** List the amount that you normally get. For example, if you normally get \$1000 each month, but you missed some work last month and only got \$900, put down that you get \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but not if you get it only sometimes.
- We are in the military. Do we include our housing allowance as income?** If your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. All other allowances must be included in your gross income.
- If I do not qualify now, may I apply again later?** Yes. You may apply at any time during the school year if your household size goes up, income goes down, or if you start getting SNAP or TANF. If you lose your job, your children may be able to get free or reduced-price meals during the time you are unemployed.
- What if I disagree with the school's decision about my application?** You should talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to the person listed above.

Sincerely,

Enclosure
 LHH (6/09)

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

Complete One Application Per Household Per School District

If your household receives SNAP OR TANF, follow these instructions and return this form to your school.

Part 1: List child(ren)'s name, school, grade, and a SNAP or TANF case number (Attach another sheet of paper if necessary.)

Part 2: Skip this part

Part 3: Skip this part

Part 4: Skip this part

Part 5: Sign the form (A social security number is not necessary.)

Part 6: Contact information (Optional)

Part 7: Children's racial and ethnic identities (Optional)

Part 8: All Kids information (Optional)

If you are applying for a homeless, migrant, runaway, or Head Start child follow these instructions and return this form to your school.

Part 1: List child(ren)'s name, school, and grade (Attach another sheet of paper if necessary.)

Part 2: Check the appropriate box

If you are applying for a FOSTER CHILD, follow these instructions and return this form to your school.

Part 1: Use a separate application for each foster child. List the child's name, school, and grade.

Part 2: Skip this part

Part 3: Check the box and list the child's personal use monthly income. If none, indicate \$0.00.

Part 4: Skip this part

Part 5: Sign the form (A social security number is not necessary)

Part 6: Contact information (Optional)

Part 7: Children's racial and ethnic identities (Optional)

Part 8: All Kids information (Optional)

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including Women, Infants, and Children (WIC) households, follow these instructions and return this form to your school.

Part 1: List each child's name, school, and grade (Attach another sheet of paper if necessary.)

Part 2: Skip this part

Part 3: Skip this part

Part 4: Follow these instructions to report total household income.

Column 1—Name: list the first and last name of each person living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends). You must include yourself and all children living with you. Attach another sheet of paper if necessary.

Column 2—Current gross income and how often it was received. Next to each person's name list each type of income received. In column 1, list the gross income each person earned from work. This is not the same as take-home pay. **Gross income is the amount earned before taxes and other deductions.** The amount should be listed on your pay stub, or your boss can tell you. In column 2, list the amount each person received from welfare, child support, or alimony. In column 3, list pensions, retirement, social security, and in column 4 list *All Other Income*, include workers compensation, unemployment, strike benefits, Supplement Security Income (SSI), Veterans Affairs (VA) benefits, disability, regular contributions from people who do not live in your household, and *Any Other Income*. **Next to the amount, write how often the person received it (weekly, every other week, twice a month, or monthly).** Report net income for self-owned business, farm, or rental income. If you are in the Military Housing Privatization Initiative, do not include this housing allowance.

Column 3—Check if no income: If the person does not have any income, check the box.

Part 5: An adult household member must sign the form and list his or her social security number, or mark the box if he or she does not have one.

Part 6: Contact information (Optional)

Part 7: Children's racial and ethnic identities (Optional)

Part 8: All Kids information (Optional)

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us.

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 social security number of the 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 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 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.

Non-Discrimination Statement: this explains what to do if you believe you have been treated unfairly. In accordance with Federal law and U. S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, and Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 or call (800) 795-3272 or (202) 720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS—Complete One Application Per Household Per School District

SCHOOL USE ONLY
<input type="checkbox"/> Check if Error Prone Application

Part 1. Children in School (Use a separate application for each foster child)

NAMES OF ALL CHILDREN IN SCHOOL (First, Middle Initial, Last) _____ (School Name) _____ SNAP OR TANF CASE NUMBER (if any, per child) _____
 (Grade) _____ Skip to Part 5 if you list a SNAP or TANF case number.

Part 2. Homeless, Migrant, Runaway, or Head Start (Categorically eligible)

Homeless Runaway Migrant Head Start (Signature of Your School Homeless Liaison, Migrant Coordinator, or Head Start Director) _____ (Date) _____

Part 3. Foster Child

If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, check box at left. Skip to Part 5
 List the amount of the child's personal-use monthly income. If none, indicate \$0.00 \$ _____

Part 4. Total Household Gross Income (before deductions) You must tell us how much and how often.

1. NAMES (LIST EVERYONE IN HOUSEHOLD)	2. GROSS INCOME AND HOW OFTEN IT WAS RECEIVED (Example: \$100/month; \$100/twice a month; \$100/every other week; \$100/week)				3. Check if NO Income
	Earnings From Work (Before Deductions)	Welfare, Child Support, Alimony	Pensions, Retirement, Social Security	Worker's Comp., Unemployment, SSI, etc. (All other income)	
	Amount / How often?	Amount / How often?	Amount / How often?	Amount / How often?	
A.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
B.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
C.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
D.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>
E.	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<input type="checkbox"/>

Part 5. Signature and Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list his or her social security number or mark the I do not have a social security number box. _____ Social Security Number I do not have a social security number.
 I certify (promise) all information on this application is true and all income is reported. I understand the school will get Federal funds based on the information I give. I understand school officials may verify (check) the information. I understand if I purposely give false information, my children may lose meal benefits and I may be prosecuted.

Date _____ Printed Name of Adult Household Member _____ Signature of Adult Household Member _____ Address of Adult Household Member _____

Part 6. Contact Information (Optional)

Work Telephone Number (include area code) _____ Home Telephone Number (include area code) _____ Home Address (number, street, city, zip code) _____

Part 7. Children's Racial and Ethnic Identities (Optional)

Mark one ethnic identity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino
 Mark one or more racial identities: Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander White American Indian or Alaska Native

Part 8. Sharing Application Information With All Kids—All Kids program is a complete healthcare program for every child in Illinois.

No! I DO NOT want information from my Household Eligibility Application shared with All Kids. Sign here: _____

SCHOOL USE ONLY—LEA must use annual conversion on all applications in district.

INITIAL DETERMINATION Annual Income Conversion Weekly X 52 Every 2 Weeks X 26 Twice a Month X 24 Once a Month X 12

TOTAL INCOME: \$ _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice a Month Month Year NUMBER IN HOUSEHOLD: _____ CHANGE IN STATUS: _____ Date: _____

Free based on: categorical eligibility homeless migrant runaway Head Start SNAP or TANF foster child's income household's income

Reduced based on: foster child's income household's income Denied—Reason: income too high incomplete application Temporary: free reduced

Until: _____ Until: _____ (maximum is 45 days each)
 DATE WITH-DRAWN: _____
 Signature of Determining Official _____ Date _____

CONFIRMATION (Prior to verification and only for those applications selected for verification.) Signature of Confirming Official _____ Date _____

VERIFICATION DATE VERIFICATION NOTICE SENT: _____ DATE RESPONSE DUE FROM HOUSEHOLD: (recommend 10 calendar days) _____ DATE, METHOD, RESULTS OF FOLLOW-UP: (recommend 3 business days) _____	INITIAL DETERMINATION <input type="checkbox"/> Free based on SNAP/TANF case number <input type="checkbox"/> Free based on income <input type="checkbox"/> Reduced based on income <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Personal Contact	VERIFICATION RESULTS: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Reduced to Paid <input type="checkbox"/> Free to Paid	REASON FOR CHANGE: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Change in SNAP/TANF	DATE NOTICE OF STATUS CHANGE SENT: _____ EFFECTIVE DATE OF STATUS CHANGE: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Verifying Official's Signature _____ Date _____

CARTA PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Estimados Parientes o Parientes:

Los niños necesitan las comidas saludables para aprender. El Distrito Escolar 26 de River Trails (River Trails School District 26), ofrece comidas saludables para cada día escolar. El desayuno cuesta \$1.25. El almuerzo cuesta \$2.35 en la Escuela Primaria/Grados 1-5 (elementary schools) y \$2.35, y \$2.75 en la Escuela Media/Secundaria/Grados 6-8 (middle school). Es posible que sus niños califiquen para comidas por gratis o por precio reducido. El precio reducido es \$0.30 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Para aplicar para comidas de gratis o de precio reducido, use la Aplicación de Elegibilidad de Casa (Household Eligibility Application), que está encerrado. No podemos aprobar una aplicación que no está completa, entonces por favor llene toda la información requerida. Devuelva la aplicación completa a:

Nombre: Sue Grimm

Dirección: 1000 Wolf Rd., Mt. Prospect, IL 60056

Teléfono: 224-612-7624

Es posible que sus niños califiquen para recibir comidas gratis o descontadas, si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de esta tabla.

DIRECTRICES FEDERALES PARA EL INGRESO
(Efectivo a partir del 1 de julio, 2009, hasta el 30 de junio, 2010)

Tamaño del Hogar	Comidas a Precios Reducidos 185% Directrices Federales para la Pobreza				
	Anual	Mensual	Dos Veces por Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	20,036	1,670	835	771	386
2	26,955	2,247	1,124	1,037	519
3	33,874	2,823	1,412	1,303	652
4	40,793	3,400	1,700	1,569	785
5	47,712	3,976	1,988	1,836	918
6	54,631	4,553	2,277	2,102	1,051
7	61,550	5,130	2,565	2,368	1,184
8	68,469	5,706	2,853	2,634	1,317
Por cada miembro adicional de la familia, añada	6,919	577	289	267	134

Estas son algunas de las respuestas a las preguntas que pueda tener al hacer la solicitud:

1. ¿Quién puede recibir comidas gratis o descontadas? Niños en hogares que reciben el Programa de Ayuda Nutritiva Suplementaria (SNAP) o Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y la mayoría de los niños de acogida pueden recibir comidas gratis sin importar su ingreso. También, si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de la Tabla Federal para el Ingreso, sus hijos pueden recibir comidas gratis o descontadas.
2. ¿La información que daré, será revisada? Sí, es posible que le pidamos que mande el comprobante por escrito de la información provista.
3. Mi niño recibe beneficios SNAP o TANF. La escuela me proveyó una carta que decía que mi hijo es elegible para las comidas gratis, por medio del proceso directo de certificación. ¿Necesito hacer otra cosa para que mi hijo reciba las comidas gratis? No tiene que hacer nada más para recibir las comidas gratis. Si no desea recibir las comidas gratis, debería seguir los pasos mencionados en la carta para así notificar al personal de la escuela de inmediato.
4. ¿Necesito llenar una solicitud por cada niño? No. Complete la solicitud para pedir las comidas gratis o descontadas. Use una Solicitud de Elegibilidad del Hogar para todos los estudiantes en su hogar. Nosotros no podemos aprobar una solicitud que no esté completa, por lo que debe asegurarse de llenar toda la información requerida. Regrese la solicitud completada a la persona que se menciona arriba.
5. ¿Las personas sin techo, fugitivos, emigrantes, o niños de Head Start pueden recibir comidas gratis? Por favor, llame (o contacte a la escuela) para ver si sus niños califican, si no se le ha informado que ellos recibirán comidas gratis.
6. ¿Quién puede recibir comidas descontadas? Sus niños pueden recibir comidas a precios bajos si el ingreso de su hogar se encuentra dentro de los límites de precios reducidos que aparecen en la Tabla Federal para el Ingreso, mostrada en esta solicitud.
7. Yo recibo ayuda del Programa Mujeres, Infantes y Niños (WIC). ¿Pueden mis hijos recibir comidas gratis? Los niños en hogares que reciben WIC es posible que califiquen para recibir comidas gratis o descontadas. Por favor, llene la solicitud.
8. ¿Puedo hacer la solicitud si alguien en mi hogar no es ciudadano de los Estados Unidos? Sí. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para comidas gratis o descontadas.
9. ¿A quién debería incluir como miembro de mi hogar? Todas las personas que vivan en su hogar, relativos o no (como abuelos, otros parientes, o amistades). Debe incluirse usted y todos los niños que vivan con usted.
10. ¿Qué pasa si mi ingreso no siempre es el mismo? Anote la cantidad que normalmente recibe. Por ejemplo, si recibe normalmente \$1000 cada mes, pero no pudo trabajar completamente el mes pasado y recibió sólo \$900, coloque que recibe \$1000 al mes. Si recibe sobre-tiempo normalmente, inclúyalo, pero no si lo recibe poco.
11. Estamos en el ejército. ¿Incluimos nuestro subsidio de vivienda como ingreso? Si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de la Vivienda Militar, no lo incluya como ingreso. Todos los otros subsidios deben incluirse como ingreso bruto.
12. Si no califico ahora, ¿puedo aplicar después? Sí. Puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar, si el tamaño de su hogar aumenta, el ingreso baja, o si comienza a recibir SNAP o TANF. Si pierde su trabajo, es posible que sus niños puedan recibir comidas gratis o descontadas, durante su desempleo.
13. ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela acerca de mi solicitud? Debería hablar con oficiales de la escuela. Puede solicitar una audiencia al llamar o escribir a la persona que se menciona arriba.

Sinceramente,

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Complete Una Solicitud por Hogar Por Distrito Escolar

Si su hogar recibe SNAP O TANF, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.

Parte 1: Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado y el número de caso de SNAP o TANF. (Si necesita, anexe otra hoja.)

Parte 2: Salte esta parte

Parte 3: Salte esta parte

Parte 4: Salte esta parte

Parte 5: Firme el formulario (No se necesita un número de seguro social.)

Parte 6: Información de contacto (Opcional)

Parte 7: Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

Parte 8: Información de All Kids (Opcional)

Si está aplicando por un niño sin techo, emigrante, fugitivo, o Head Start, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.

Parte 1: Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado (Si necesita, anexe otra hoja de papel.)

Parte 2: Marque la casilla adecuada

Si está solicitando por un NIÑO DE ACOGIDA, siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.

Parte 1: Use una solicitud por separado, por cada niño de acogida. Mencione el nombre del niño, escuela, edad, grado.

Parte 2: Salte esta parte

Parte 3: Marque la casilla y mencione el uso de ingreso personal de cada niño, al mes. Si no existe, anote \$0.00.

Parte 4: Salte esta parte

Parte 5: Firme el formulario (No se necesita un número de seguro social)

Parte 6: Información de contacto (Opcional)

Parte 7: Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

Parte 8: Información de All Kids (Opcional)

TODOS LOS OTROS QUE VIVEN EN EL HOGAR, incluyendo Mujeres, Infantes, y Niños (WIC), siga estas instrucciones y regrese este formulario a su escuela.

Parte 1: Mencione el nombre de cada niño, escuela, edad, grado (Si necesita, anexe otra hoja de papel.)

Parte 2: Salte esta parte

Parte 3: Salte esta parte

Parte 4: Siga estas instrucciones para reportar el ingreso total del hogar.

Columna 1—Nombre: Mencione el apellido y el nombre de cada persona que vive en el hogar, relativo o no (como abuelos, otros parientes, o amistades). Debe incluirse y todos los niños que viven con usted. Si necesita, anexe otra hoja.

Columna 2—Ingreso bruto actual y la frecuencia en que se recibió. Al lado de cada persona mencione el tipo de ingreso recibido. En la columna 1, liste el ingreso bruto de cada persona ganado por trabajar. Esto no es lo mismo que el pago que se lleva a casa. **Ingreso bruto es la cantidad ganada antes de pagar impuestos y otras deducciones.** La cantidad debe aparecer en su talón de pago, o su jefe le puede decir. En la columna 2, liste la cantidad que cada persona recibió de ayuda pública, manutención, o pensión compensatoria. En la columna 3, liste pensiones, jubilación, seguro social, y en la columna 4, liste *Todo Otro Ingreso*, como compensación del trabajador, desempleo, beneficios de huelga, Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI), Beneficios de Veteranos (VA), incapacidad, aportes regulares de personas que no viven en su hogar, y *Cualquier Otro Ingreso*. **Al lado de la cantidad, anote la frecuencia en que la persona lo recibe, (semanal, cada otra semana, dos veces al mes, mensualmente).** Reporte el ingreso neto de su propio negocio, granja, o ingreso de alquiler. Si participa en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya esa cantidad.

Columna 3—Marque si no tiene ingresos: Si la persona no recibe ningún ingreso, marque esa casilla.

Parte 5: Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario y colocar su número de seguro social, o marcar la casilla si él o ella no tienen uno.

Parte 6: Información de contacto (Opcional)

Parte 7: Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)

Parte 8: Información de All Kids (Opcional)

Declaración de la Ley de Privacidad: Esto explica cómo usaremos la información provista.

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell necesita la información de esta solicitud. Usted no tiene que proveer la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o descontadas a su hijo. Debe incluir el número de seguro social del adulto miembro del hogar que firma este formulario. El número de seguro social no se requiere cuando aplique a nombre de un niño de acogida o usted provee el número de caso del Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) u otro identificador de FDPIR para su niño, o cuando indique que el adulto miembro que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos esa información para determinar si su niño califica para recibir comidas gratis o descontadas, en la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Es POSIBLE que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación y salud para ayudarlos a evaluar los fondos o determinar los beneficios para sus programas, auditores para la revisión de programas, y oficiales de policía para ayudarlos a buscar violaciones de las reglas del programa.

Declaración Anti-discriminatoria: Esto explica qué debe hacer si cree que ha sido tratado injustamente. De acuerdo con las leyes Federales y la política del Departamento de Agricultura de los E.U.A., a esta institución se le prohíbe discriminar según la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, and Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.

SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA
 Marque si la Solicitud Tiene un Error

Parte 1. Niños en la Escuela (Use una solicitud separada por cada niño de acogida)

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN LA ESCUELA

(Primer Nombre, Inicial del Segundo, Apellido)

(Nombre de la Escuela)

No. de CASO SNAP O TANF (si existe, por niño)
 (Grado) Vaya a Parte 5 si da un No. de caso SNAP o TANF

Parte 2. Sin Techo, Emigrante, Fugitivo, o Head Start (Elegibilidad Categórica)

- Sin techo Fugitivo
 Emigrante Head Start

(Firma del Encargado Sin Techo de su Escuela, Coordinador Emigrante, o Director Head Start (Fecha)

Parte 3. Niño de Acogida

- Si esta solicitud es para un niño que es la responsabilidad legal de la corte o agencia de ayuda pública, marque la casilla a la izquierda. Vaya a Parte 5
 Liste la cantidad del ingreso de uso personal del niño, al mes. Si no existe, indique \$0.00\$

Parte 4. Ingreso Total Bruto del Hogar (antes de las deducciones) Debe decirnos la cantidad y la frecuencia.

1. NOMBRES (MENCIONE A CADA UNO EN EL HOGAR)	2. INGRESO BRUTO Y CON QUÉ FRECUENCIA SE RECIBE (Ejemplo: \$100/mes; \$100 /dos veces al mes; \$100/cada otra semana; \$100/semana)		Ayuda Pública, Manutención, Pensión Compensatoria		Pensiones, Jubilación, Seguro Social		Comp. Trabajador, Desempleo, SSI, etc. (Todo otro ingreso)		3. Marque si NO hay ingreso
	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	
A.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
B.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
C.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
D.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>
E.	\$	/	\$	/	\$	/	\$	/	<input type="checkbox"/>

Parte 5. Firma y Número de Seguro Social (Debe ser firmado por un adulto)

Un adulto miembro del hogar debe firmar esta solicitud. Si la Parte 4 se completa, el adulto que firma el formulario también debe dar su número de seguro social o marcar la casilla que dice *Yo no tengo un número de seguro social.*

Número de Seguro Social

- Yo no tengo un número de seguro social.

Yo certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y he reportado todo el ingreso. Comprendo que la escuela recibirá fondos Federales basados en la información que he dado. Comprendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Comprendo que si doy intencionalmente información falsa, es posible que mis niños pierdan sus beneficios de comidas, y yo pueda ser enjuiciado.

Fecha Nombre en letra de molde del Adulto Miembro del Hogar Firma del Adulto Miembro del Hogar Dirección del Adulto Miembro del Hogar

Parte 6. Información de Contacto (Opcional)

Número Telefónico del Trabajo (con código de área) Número Telefónico del Hogar (con código de área) Dirección del Hogar (número, calle, ciudad, código postal)

Parte 7. Identidades Raciales y Étnicas de los Niños (Opcional)

Marque una identidad étnica:

- Hispano/Latino
 No Hispano/Latino

Marque una o más identidades raciales:

- Asiático Negro o África-americano
 Blanco Indígena de América o Nativo de Alaska

- Nativo de Hawai o Otras Islas del Pacífico

Parte 8. Compartiendo Información con All Kids—All Kids es un programa completo para el cuidado de salud para cada niño de Illinois.

¡NO! deseo que información de mi Solicitud de Elegibilidad del Hogar se comparta con All Kids. *Firme Aquí:*

SÓLO PARA EL USO DE LA ESCUELA—LEA debe usar la conversión anual en todas las solicitudes en el distrito.

DETERMINACION INICIAL Conversión del Ingreso Anual Semanal X 52 Cada 2 Semanas X 26 Dos Veces al Mes X 24 Una Vez al Mes X 12

INGRESO TOTAL: \$ Por: Sema-na Cada 2 Semanas Dos Veces al Mes Al mes Al Año NÚMERO EN EL HOGAR: CAMBIO EN EL ESTATUS: Fecha:

Gratis en base a: elegibilidad categórica sin techo emigrante fugitivo Head Start

Descontado en base a: ingreso del niño de acogida ingreso del hogar

Negado—Razón: demasiado ingreso solicitud incompleta

Temporal: gratis descontado

Hasta: Hasta: (máximo es 45 días c/u)
 FECHA DE RETIRO:

Firma del Oficial que Determina Fecha

CONFIRMACIÓN (Antes de verificar y sólo para solicitudes a ser verificadas.)

Firma del Oficial que Confirma Fecha

VERIFICACIÓN	DETERMINACIÓN INICIAL	RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN	RAZÓN POR EL CAMBIO:	FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA EN QUE SE ENVIÓ EL AVISO DE VERIFICACIÓN:	<input type="checkbox"/> Gratis en base al no. de caso SNAP/TANF	<input type="checkbox"/> Sin Cambio <input type="checkbox"/> Desc. a Gratis	<input type="checkbox"/> Ingreso: <input type="checkbox"/> No Respondió	
FECHA QUE SE DEBE RECIBIR RESPUESTA DEL HOGAR: (se recomiendan 10 días del calendario)	<input type="checkbox"/> Gratis en base al ingreso <input type="checkbox"/> Descontado en base al ingreso	<input type="checkbox"/> De Gratis a Desc. <input type="checkbox"/> De Gratis a Pagado	<input type="checkbox"/> Tamaño del Hogar: <input type="checkbox"/> Otra:	FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CAMBIO DE ESTATUS:
FECHA, MÉTODO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO: (3 días hábiles recomendados)	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Contacto Personal	<input type="checkbox"/> Cambio en SNAP/TANF	
	Resultados		Firma del Oficial que Verifica	Fecha