

**Step 1**  
 Definition of Household Member:  
 Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related.  
 Children in Foster care; children who meet the definition of Homeless, Migrant, or Runaway or who participate in Head Start are eligible for free meals.  
 Please read the directions for more information.

List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12. If more spaces are needed, use the Additional Household Member Sheet on the back.

List each child's name.

First Name	MI	Last Name	Student Attends School in District?		Grade	Optional: Student ID Number	Check all that apply.				
			Yes	No			Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Participation in a Categorical Program

- If every child listed in Step 1 is a participant any one of the following programs—Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway, skip Step 2 and complete Step 3.
- SNAP, TANF, or FDPIR: Do any Household Members (including you) currently participate in SNAP, TANF, and/or FDPIR? If No, complete Steps 2 and 3. If Yes to SNAP/TANF > Write the Eligibility Determination Group (EDG) number in this space \_\_\_\_\_, skip Step 2, and complete Step 3. If Yes to FDPIR, check this box , skip Step 2, and complete Step 3.

**Step 2**  
 Please read the directions for more information.

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

A. Total Household Members (Children & Adults) \_\_\_\_\_ B. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member: XXX-XX-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Check if no SSN

C. Income for Adult Household Members (Including Yourself, But Not Children)

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 income (without deductions) for each source in whole dollars only. Indicate the frequency of income: W=Weekly, E=Every 2 Weeks, T=Twice per Month, M=Monthly, A=Annually. 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.

Adult's First/Last Name	Work Earnings (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Public Assistance/ Child Support/Alimony (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Pensions/Retirement/ Social Security/Supplemental Security Income		All Other (Enter Amount)	Frequency (Circle One)
					(Enter Amount)	(Circle One)		
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

D. Combined Income for Children in the Household  
 Record combined total income by frequency for all children listed in Step 1.      Weekly      Every 2 Weeks      Twice per Month      Monthly      Annually  
 \$      \$      \$      \$      \$

**Step 3**  
 Please read the directions for more information.

Provide Contact Information and Adult Signature.

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/Apt #      City      State      Zip      Daytime Phone and Email (Optional)

Printed Name of Adult Completing the Form      Signature of Adult Completing the Form      Today's Date

**Additional Household Member Space—2016-2017 Multi-Child Application for Free and Reduced-Price School Meals**

**Step 1, Additional** List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12.

List each child's name.

First Name	MI	Last Name	Student Attends School in District?		Grade	Optional: Student ID Number	Check all that apply.				
			Yes	No			Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Step 2, Additional** Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

Adult's First/Last Name	Work Earnings (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Public Assistance/ Child Support/Alimony (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Pensions/Retirement/ Social Security/ Supplemental Security Income (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	All Other (Enter Amount)	Frequency (Circle One)
7.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
8.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
9.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
10.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.**

<b>Income Determination:</b> Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52   Every 2 Weeks x 26   Twice a Month x 24   Monthly x 12							<b>Date Received:</b>				
Household Size: _____	Total Income: _____	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	Annually	<b>Categorical Determination</b>	<b>Eligibility:</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Free	Reduced	Denied	
Reviewing/Determining Official's Signature/Date				Confirming Official's Signature/Date							

Reagan County ISD Solicitud para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para Varios Niños del 2016-2017

Llene una solicitud para cada hogar. Por favor, use un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al <http://www.reagancountyisd.net>

This Box for School Use Only.

Date Withdrawn:

**Parte 1**

**Definición de Miembro del hogar:** Una persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no estén relacionados. Los niños que son temporalmente adoptados (foster), niños que cumplen con la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis.

Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

Liste a **TODOS** los Miembros del Hogar que son Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, use la página de atrás para anotar miembros adicionales.

Liste el Nombre de Cada Niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Marque todo lo que aplique.				
			Si	No			Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad**

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDPIR?

No> Pase directamente a la Parte 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio \_\_\_\_\_, y pase directamente a la Parte 3.

SI > FDPIR, marque en la casilla , ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

**Parte 2**

Lea las instrucciones para obtener más información.

Declare el Ingreso de **TODOS** los Miembros del Hogar (Ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Total de los miembros del hogar (niños y adultos) \_\_\_\_\_ B. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX-\_\_\_\_  
 Marque si no tiene un SSN

**C. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no a los menores)**

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son incluidos en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0.' Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
4.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**D. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar**

\_\_\_\_\_ Semanal = W      Cada dos semanas = E      Dos veces por mes = T      Mensual = M      Anualmente = A  
 Añote los ingresos para todos los niños indicados en Parte 1 por frecuencia.      \$      \$      \$      \$      \$

**Parte 3**

Lea las instrucciones para obtener más información.

**Ponga su Información de Contacto y Firma (del Adulto).**

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono y correo electrónico (opcional)
El nombre del adulto que llenó la solicitud (Escriba en letra de imprenta)		Firma del adulto que llenó la solicitud		Fecha de hoy



## Hoja para Anotar Miembros del Hogar Adicionales — Solicitud de 2016-2017 de Comida Escolar Gratis y a Precio Reducido para Niños Varios

### Parte 1, Adicional

Liste a **TODOS** los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12. *Si necesita más espacio, use la página de atrás para anotar miembros adicionales del hogar.*

Liste el Nombre de Cada Niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Marque todo lo que aplique.				
			Sí	No			Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Parte 2, Adicional

Declare el Ingreso de **TODOS** los Miembros del Hogar (Ignore este parte si respondió "SI" en la Parte 2).

Primer Nombre del Adulto/ Apellido	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Asistencia Social/Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque una con un círculo)
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
7.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
8.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
9.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
10.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al 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; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

### No llene esta parte. Es solo para uso de la escuela.

<b>Income Determination:</b> Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52   Every 2 Weeks x 26   Twice a Month x 24   Monthly x 12						<b>Date Received:</b>				
Household Size: _____	Total Income: _____	Weekly <input type="checkbox"/>	Every 2 Weeks <input type="checkbox"/>	Twice a Month <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Annually <input type="checkbox"/>	Categorical Determination <input type="checkbox"/>	Eligibility: Free <input type="checkbox"/>	Reduced <input type="checkbox"/>	Denied <input type="checkbox"/>
Reviewing/Determining Official's Signature/Date						Confirming Official's Signature/Date				