

Seguin Independent School District Media Release for Free and Reduced-Price Meals

Seguin Independent School District (Seguin ISD) announced its policy today for providing free and reduced-price meals for children served under the attached current income eligibility guidelines. Each school/site or the central office has a copy of the policy, which may be reviewed by anyone on request.

Starting on August 5, 2019, Seguin ISD will begin distributing letters to the households of the children in the district about eligibility benefits and any actions households need to take to apply for these benefits. Applications also are available at Seguin ISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin, TX 78155 or at your child's school.

Criteria for Free and Reduced-Price Meal Benefits

The following criteria will be used to determine a child's eligibility for free or reduced-price meal benefits:

Income

1. Household income that is at or below the income eligibility levels

Categorical or Automatic Eligibility

2. Household receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF); or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)

Program Participant

3. Child's status as a foster child, homeless, runaway, migrant, or displaced by a declared disaster
4. Child's enrollment in Head Start or Even Start

Income Eligibility

For those households that qualify for free or reduced-price meals based on income, an adult in the household must fill out free and reduced-price meal application and return it to SISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin TX 78155; fax (830) 379-9326; dreyna@seguin.k12.tx.us or return to your child's school. Those individuals filling out the application will need to provide the following information:

1. Names of all household members
2. Amount, frequency, and source of current income for each household member
3. Last 4 digits of the Social Security number of the adult household member who signs the application or, if the adult does not have a social security number, check the box for "No Social Security number"
4. Signature of an adult household member attesting that the information provided is correct

Categorical or Program Eligibility

Seguin ISD is working with local agencies to identify all children who are categorically and program eligible. *Seguin ISD* will notify the households of these children that they do not need to complete an application. Any household that does not receive a letter and feels they should have should contact *Denise Reyna, Child Nutrition Program Specialist, (830) 401-8618*.

Any household that wishes to decline benefits should contact *Denise Reyna, Child Nutrition Program Specialist, (830) 401-8618*.

Applications may be submitted anytime during the school year. The information households provide on the application will be used for the purpose of determining eligibility. Applications may also be verified by the school officials at any time during the school year.

Determining Eligibility

Under the provisions of the free and reduced-price meal policy *Denise Reyna, Program Specialist, (830) 401-8618* will review applications and determine eligibility. Households or guardians dissatisfied with the Reviewing Official's eligibility determination may wish to discuss the decision with the Reviewing Official on an informal basis. Households wishing to make a formal appeal for a hearing on the decision may make a request either orally or in writing to Superintendent, *Dr. Matthew Gutierrez, (830) 401-8614, 1221 E. Kingsbury St., Seguin, TX 78155*.

Unexpected Circumstances

If a household member becomes unemployed or if the household size increases, the household should contact the school. Such changes may make the children of the household eligible for benefits if the household's income falls at or below the attached current income eligibility guidelines.

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: (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.

This institution is an equal opportunity provider.

SEGUIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Dear Parent/Guardian:

Children need healthy meals to learn. Seguin Independent School District offers healthy meals every school day. Breakfast costs \$1.70 (6th-12th grade); lunch costs \$2.80 (PreK-5th grade); \$3.00 (6th-12th grade). **Your children may qualify for free meals or for reduced-price meals.** Reduced-price is \$0.30 for breakfast and \$0.40 for lunch. If you received a notification letter that a child is directly certified for free or reduced-price meals, do not complete an application. Let the school know if any children in the household attending school are not listed in the letter.

The questions and answers that follow and attached directions provide additional information on how to complete the application. Complete only one application for all the students in the household and return the completed application to SISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin, TX 78155. If you have questions about applying for free or reduced-price meals, contact Denise Reyna at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us.

1. Who Can Get Free Meals?

- **Income**—Children can get free or reduced-price meals if a household's gross income is within the limits described in the *Federal Income Eligibility Guidelines*.
- **Special Assistance Program Participants**—Children in households receiving benefits from the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Food Distribution Program for Households on Indian Reservations (FDPIR), or Temporary Assistance for Needy Families (TANF), are eligible for free meals.
- **Foster**—Foster children who are under the legal responsibility of a foster care agency or court are eligible for free meals.
- **Head Start or Early Head Start**—Children participating in these programs are eligible for free meals.
- **Homeless, Runaway, and Migrant**—Children who meet the definition of homeless, runaway, or migrant qualify for free meals. If you haven't been told about a child's status as homeless, runaway, or migrant or you feel a child may qualify for one of these programs, please call or email Teresa Cuevas, District Liaison, at (830) 401-8639.
- **WIC Recipient**—Children in households participating in WIC may be eligible for free or reduced-price meals.

2. What If I Disagree With the School's Decision About My Application?

Talk to school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to Superintendent, Dr. Matthew Gutierrez, 1221 E. Kingsbury St., Seguin, TX 78155, (830) 401-8614.

3. My Child's Application Was Approved Last Year. Do I Need To Fill Out A New One?

Yes. An application is only good for that school year and for the first few days of this school year. Send in a new application unless the school has told you that your child is eligible for the new school year.

4. If I Don't Qualify Now, May I Apply Later?

Yes. Apply at any time during the school year. A child with a parent or guardian who becomes unemployed may become eligible for free and reduced-price meals if the household income drops below the income limit.

5. What If My Income Is Not Always the Same?

List the amount normally received. If a household member lost a job or had hours/wages reduced, use current income.

6. We Are in The Military. Do We Report Our Income Differently?

Basic pay and cash bonuses must be reported as income. Any cash value allowances for off-base housing, food, or clothing, or Family Subsistence Supplemental Allowance payments count as income. If housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include the housing allowance as income. Any additional combat pay resulting from deployment is excluded from income.

7. May I Apply If Someone in My Household Is Not a U.S. Citizen?

Yes. You, your children, or other household members do not have to be U.S. citizens to apply for free or reduced-price meals.

8. Will Application Information Be Checked?

Yes. We may also ask you to send written proof of the reported household income.

9. My Family Needs More Help. Are There Other Programs We Might Apply For?

To find out how to apply for other assistance benefits, contact your local assistance office or 2-1-1.

10. Can I Apply Online?

Yes! The online application has the same requirements and will ask you for the same information as the paper application. Visit [family.titank12.com] to begin or to learn more about the online application process. Contact [Denise Reyna at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us] if you have questions about the online application.

If you have other questions or need help, call Denise Reyna at (830) 401-8618. si necesita ayuda, por favor llame al teléfono: Denise Reyna at (830) 401-8618.

Sincerely,

Denise Reyna

SEGUIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Los niños necesitan comida sana para aprender. Seguin Independent School District ofrece alimentación sana todos los días escolares. El desayuno cuesta \$1.70 (6th-12th grade); y el almuerzo cuesta \$2.80 (PreK-5th grade); \$3.00 (6th-12th grade). **Sus niños podrían calificar para recibir comidas gratuitas o de precio reducido.** El precio reducido es \$0.30 para el desayuno y \$0.40 para el almuerzo. Si usted ha recibido una carta de notificación (de certificación directa) que indica que un niño califica para recibir comida gratuita, no llene una solicitud. Reporte a la escuela si hay niños en el hogar asistiendo a la escuela, pero que no se incluyeron en esta carta de certificación.

Las siguientes preguntas y respuestas, y las instrucciones adjuntas, proporcionan información adicional para como completar la solicitud. Complete sola una solicitud para todos los estudiantes en el hogar y entregue la solicitud completa a *SISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin, TX 78155*. Si tiene preguntas sobre como solicitar comida gratuita o de precio reducido, póngase en contacto con *Denise Reyna at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us*.

1. **¿Quién puede recibir comida gratuita?**

- **Ingresos**— Los niños pueden recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso bruto del hogar se encuentra debajo de los límites de las *Guías Federales de Elegibilidad por Ingresos*.
- **Participantes de programas especiales** — Todos los niños en los hogares que reciben beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), califican para comida gratuita.
- **Los Niños Adoptivos Temporales (Foster Children)**— Los niños adoptivos temporales (foster children) que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de cuidado temporal (foster care agency) o de una corte.
- **Head Start o Early Head Start**— Los niños que participan en Head Start, Early Head Start y Even Start también califican para recibir comida gratuita.
- **Los Niños Sin Hogar, Fugitivo y Migrante**— Los niños sin hogar, que son fugitivos o que son migrantes califican para recibir comida gratuita. Si usted cree que hay niño(s) en su hogar que cumplen con estas descripciones, y si no le han dicho que el niño es considerado como persona sin hogar, fugitivo o migrante, por favor llame o envíe un correo electrónico a *Teresa Cuevas, District Liaison, at (830) 401-8639*.
- **Beneficiarios del Programa WIC**— Los niños que viven en hogares que participan en el programa WIC pueden ser elegibles para recibir comida gratuita o a precio reducido.

2. **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión de la escuela sobre mi solicitud?** Debe hablar con los funcionarios escolares. También, puede apelar la decisión llamando o escribiendo al *Superintendent, Dr. Matthew Gutierrez, 1221 E. Kingsbury St., Seguin, TX 78155, (830) 401-8614*.

3. **La solicitud de mi hijo fue aprobada el año pasado. ¿Necesito llenar otra solicitud?** Sí. La solicitud de su hijo es válida solo por un año escolar y los primeros días del año escolar actual. Debe entregar una solicitud nueva a menos de que la escuela le informó que su hijo es elegible para el nuevo año escolar.

4. **Si no califico ahora, ¿puedo solicitar más adelante?** Sí. Puede solicitar en cualquier momento durante el año escolar. Un niño con un padre, madre o guardián que pierde su trabajo puede calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido si el ingreso del hogar cae debajo del límite del ingreso establecido.

5. **¿Qué pasa si mi ingreso no es igual siempre?** Reporte la cantidad que recibe normalmente. Si un miembro del hogar perdió un trabajo o le han reducido sus horas o su sueldo, use el ingreso actual.

6. **Estamos en las fuerzas armadas. ¿Tenemos que declarar nuestro ingreso diferente?** Su sueldo básico y los bonos en efectivo tienen que ser reportados como ingresos. Si recibe unos subsidios para vivienda fuera de la base militar, comida y ropa, o recibe pagos de Family Subsistence Supplemental Allowance (FSSA), tiene que incluirlos como ingresos. Si su vivienda es parte de la Iniciativa Privatizada de Vivienda Militar (Military Housing Privatization Initiative), no incluya este subsidio de vivienda como ingreso. Además, no cuente cualquier pago de combate adicional debido al despliegue militar como ingreso.

7. **¿Puedo solicitar si un miembro de mi hogar no es ciudadano estadounidense?** Sí. Usted, sus hijos, u otros miembros de su hogar no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para recibir comida gratuita o a precio reducido.

8. **¿Van a verificar la información que yo doy?** Sí. También podemos pedir prueba escrita del ingreso del hogar que usted reporta.

9. **Mi familia necesita ayuda adicional. ¿Existen otros programas a los que podríamos solicitar?** Para enterarse de cómo solicitar otros beneficios de ayuda, llame a la oficina local de asistencia al 2-1-1.

10. **¿Puedo solicitar por internet?** Sí! La solicitud por internet (online) requiere la misma información que por escrito. Visite a [family.titank12.com] para empezar su solicitud o aprender más sobre el proceso de completar la solicitud por internet. Póngase en contacto con [Denise Reyna at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us] si tiene preguntas sobre la solicitud por internet.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al *Denise Reyna at (830) 401-8618*.

Atentamente,

Denise Reyna

Directions for Applying For Free and Reduced-Price School Meals

Please use these instructions to complete the free or reduced-price school meals application. Submit one application per household, even if the children in the household attend more than one school in Seguin ISD. Please use a **pen** (not a pencil) when completing the application. The application must be filled out completely in order for the school to make a determination if the children in your household qualify for free or reduced-price school meals. **An incomplete application cannot be approved.** Please contact Denise Reyna at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us with your questions.

Step 1: List All Household Members Who Are Infants, Children, And Students Up to and Including Grade 12.

- List each child's name.

Print first name, middle initial, and last name for each child in the household in the spaces. If there are more children than lines, use the back of the application to record additional names.

Include all household members who are age 18 or under and are supported with the household's income including children who are not enrolled in the district. Children do NOT have to be related to anyone in the household to be a part of the household.

- Mark the box following the child's name to show if the child is a student in the Seguin ISD.
- Record the child's grade if the child is in school.
- Check the appropriate box if a child qualifies for free meals as participant in the foster care system, Head Start (including Early Head Start) or if a child meets the criteria for homeless, migrant, or runaway.

Checking Foster indicates that a foster care agency or court has placed the child in your home. If the application is being submitted for foster children only, complete Step 1, skip Step 2, and complete Step 3.

Participation in a Categorical Program

If all children in the household are participants in one of the following programs—Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway, skip Step 2 and complete Step 3.

SNAP, TANF, and FDPIR: Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR?

If a child or adult in the household participates in Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance to Needed Families (TANF), record the Eligibility Determination Group (EDG) number in the space.

If a child or adult in the household is a participant in Food Distribution Program for Households on Indian Reservations (FDPIR), check the box to indicate participation. The Seguin ISD will contact you to obtain documentation of FDPIR participation.

If the students in the household are eligible based on SNAP, TANF, or FDPIR, skip Step 2 and complete Step 3.

Step 2: Report Income for All Household Members.

Part A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member

- Provide the last four digits of the Social Security number (SSN) of an adult in the household or check the box for no SSN.

A social security number is not required to apply for these programs.

Part B. Income for All Adult Household Members (Including Yourself, But Not Children)

- Record the first and last name of each adult in the household in the space provided.

If there are more adults in the household than available spaces, use the back of the application. Children's income is reported in Part C.

Include all adults living in the household that share income and expenses, even if the adult is not related to anyone in the household and does not receive any income. Do not include adults that are not supported by the household's income and do not contribute income to the household.

Reduced-Price Meal Income Eligibility Guidelines					
Family Size	Annually	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
For each additional family member add:					
	+\$8,177	+\$682	+\$341	+\$315	+\$158

- **Record** the amount of income the adult receives under the type of income: Working Earnings; Public Assistance/Child Support/Alimony; Pensions/ Retirement/Social Security/Supplemental Security Income (SSI); and All Other.

Report all amounts in gross income only and in whole dollars. Gross income is the total income received before taxes or deductions. Ensure that the income reported has not been reduced by the amounts deducted for taxes, insurance premiums, or any other purpose. The Adult Income Information Box provides additional information on the types of income that need to be reported. Foster children may be included as a member of the household or may be included on a separate application.

Write a 0 in any field where there is no income to report. If you write 0 or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. If local officials have known or available information that the household income was reported incorrectly, the application will be verified for cause.

- **Circle** how often each type of income is received (frequency).

- W = Weekly
- E = Every 2 Weeks
- T = Twice per Month
- M = Monthly
- A = Annually

Part C. Income for Children in the Household

- **Record** total income for each child in the household who receives regular income by how often income is received (frequency).

Record adult income in Part B.

Record the income of each child who receives regular income under the frequency indicating how often the income is received.

The Child Income Information Box (on the right) provides additional information on the types of income that needs to be reported for children in the household.

Part D. Total Household Members

- **Record** the total number of children and adults in the household in the appropriate box.

This number MUST be equal to the number of household members listed in Step 1 and Step 2. It is very important to list all household members as the size of the household determines the household eligibility.

Step 3: Provide Contact Information and Adult Signature.

- **Read** the certification statement.
- **Write** your current address and contact information in the space provided. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.
If you have no permanent address, this does not make your children ineligible for free or reduced-price school meals.
- **Print** the name of the adult signing the form, **sign** the form, and **record** today's date in the appropriate spaces.

All applications must be signed by an adult household member. By signing the application, the household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please read the privacy and civil rights statements on the back of the application.

Step 4: Return the Application.

- **Return** the application to Seguin ISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin, TX 78155, via fax (830) 379-9326 or to your child's school.

Adult Income Information Box

Earnings from Work

General Types of Income

- Salary, wages, cash bonuses
- Strike benefits

U.S. Military

- Allowances for off-base housing, food, and clothing
- Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances)

Self-Employed Worker

- Net income from self-employment (farm or business)—calculated by subtracting the total operating expenses of the business from its gross receipts or revenue.

Public Assistance/ Child Support/Alimony

(Do not report the value of any cash value public assistance benefits NOT listed on the chart.)

- Alimony payments
- Cash assistance from State or local government
- Child support payments from court-ordered child support or alimony decree should be reported here. Informal but regular payments should be reported as other income in the next part.
- Unemployment benefits
- Worker's compensation

Pensions/Retirement/ Supplemental Security Income (SSI)

- Annuities
- Income from trusts or estates
- Private Pensions or disability
- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits)
- Supplemental Security Income (SSI)
- Veteran's benefits

All Other Income

- Earned interest
- Investment income
- Regular cash payments from outside household
- Rental income

Child Income Information Box

Earnings from work

For Example: A child has a job where she or he earns a salary or wages.

Social Security, Disability Payments

For Example: A child is blind or disabled and receives Social Security benefits.

Social Security, Survivor's Benefits

For Example: A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives social security benefits.

Income from any other source

For Example: A child receives income from a private pension fund, annuity, or trust.

Instrucciones para Llenar la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido 2019-2020

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Entregue sola una solicitud por hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en Seguin ISD. Use un bolígrafo (no un lápiz) para llenar la solicitud. Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. **Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.** Póngase en contacto con **Denise Reyna** at (830) 401-8618; dreyna@seguin.k12.tx.us con sus preguntas.

PARTE 1: Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

- **Liste** el nombre de cada niño.

Escriba en letra de imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.

Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.

- **Marque** la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante de Seguin ISD.
- **Incluya** el grado del niño si está en la escuela.
- **Marque** la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo.

La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Los niños adoptivos temporales (foster children) que viven en el hogar pueden ser considerados como miembros del hogar y puede incluirlos en la solicitud. Si va a entregar la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Parte 1, ignore las Partes 2, y llene la Parte 3.

Participación en Programa de Elegibilidad

Si todos los miembros del hogar participan en los siguientes programas — Adoptivo Temporal (Foster), Head Start, sin hogar (Homeless), Migrante (Migrant), o Fugitivo (Runaway) ignore la Parte 2 y llene la Parte 3.

SNAP, TANF, and FDIPIR: ¿Si algunos miembros del hogar (incluya a usted mismo) recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)?

*Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, **reporte** el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio.*

*Si algún miembro del hogar recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), **marque** la casilla que indica su participación. El Seguin ISD estará en contacto con usted para obtener documentación de su participación en este programa (FDPIR).*

Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDIPIR ignore la parte 2, y llene la parte 3.

PARTE 2 Declare el Ingreso de Todos los Miembros del Hogar.

Sección A. Los Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Adulto en el Hogar.

- **Escriba** los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN.

No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.

Sección B. Ingresos de los Adultos en el Hogar, (Incluya a Usted Mismo, pero no a los Menores)

- **Escriba** el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios.

Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Sección D.

*Incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. **No incluya** las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está siendo apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye una parte de sus ingresos propios al hogar.*

Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos para Comida a Precio Reducido					
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
Para cada miembro adicional de la familia, aumente:					
	+\$8,177	+\$682	+\$341	+\$315	+\$158

- **Reporte** el monto de los ingresos que el adulto recibe en la columna apropiada (que indica el tipo del ingreso): Sueldo de trabajo, Asistencia pública/Manutención de niños/Pensión alimenticia, Pensiones/Jubilación/Seguro social/SSI, Otros ingresos.

Reporte solo el ingreso bruto total y escríbalo en dólares totales (redondeados sin incluir centavos). El ingreso bruto es el monto que usted gana antes de que le descuenten los impuestos y las deducciones. No es el dinero que lleva a casa. Asegúrese que el ingreso bruto reportado en la solicitud no se ha reducido por los impuestos, la prima de seguros, u otras deducciones. La tabla "Fuentes de Ingresos para Adultos" incluya información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud. Puede incluir los niños adoptivos temporales (foster children) como miembros del hogar, pero no se requiere.

Escriba "0" Si no hay ingresos que reporta. Si deja los espacios de ingresos en blanco, se considerarán como "0." Si pone un "0" o deja un espacio en blanco, está certificando (declarando) que no hay ingresos que reportar. Si se enteran los oficiales de la escuela que los ingresos del hogar se han reportado incorrectamente, la solicitud será verificada por causa.

- **Marque con un círculo** la frecuencia en que se recibe el ingreso.
 - W = Semanal
 - E = Cada 2 Semanas
 - T = Dos Veces por Mes
 - M = Mensual
 - A = Anual

Sección C. Ingresos Combinados de los Niños del Hogar

- **Reporte** todos los ingresos regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Part 1.

Ponga los Ingresos de los Adultos en la Parte B.

Reporte los ingresos regular para cada niño.

La tabla "Fuentes de Ingresos para Niños" (a la derecha) incluye información adicional y describa los ingresos que usted necesita poner en esta parte de la solicitud.

Sección D. Total de Miembros del Hogar

- **Reporte** todos los niños y adultos que viven en el hogar. Este número TIENE que ser igual a el total de miembros del hogar que puso en la Parte 1 y Parte 2. Es muy importante que ponga a todos los miembros del hogar ya que el número de miembros en el hogar determina su elegibilidad.

PARTE 3 Ponga la Información de Contacto y Firma (de Adulto).

- **Lea** la declaración de certificación.
- **Escriba** su dirección actual y la información de contacto en los espacios. No se requiere el número de teléfono y/o un correo electrónico (son opcionales), pero nos ayudarían a ponernos en contacto con usted más rápidamente.

Si no tiene una dirección permanente, esto no quiere decir que sus hijos no son elegibles para recibir comida escolar gratuita o de precio reducido.

- **Escriba en letra de imprenta** en el espacio el nombre del adulto que ha llenado la solicitud, firme la solicitud, y ponga la fecha de hoy en el espacio apropiado.

Todas las solicitudes tienen que estar firmadas por el adulto del hogar quien ha llenado la solicitud. Al firmar la solicitud, el miembro del hogar certifica (declara) que toda la información ha sido reportada de una manera completa y verdadera. Antes de que llene esta sección, lea la declaración de privacidad y la declaración de derechos civiles al reverso de la solicitud.

PARTE 4 Devolución de Solicitud

- Regrese la solicitud a: Seguin ISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin, TX 78155, via fax (830) 379-9326 or to your child's school.

Fuentes de Ingresos Para Adultos

Ingresos del Trabajo

Tipos generales de ingresos

- Sueldo, pago, bonos en efectivo
- Pagos por huelga

Fuerzas Armadas de EE. UU

- Subsidios de vivienda/ ropa/ comida fuera de la base militar
- Pago (sueldo) básico y bonos en efectivo (no incluya el sueldo de combate, ni el FSSA, ni los subsidios privados de vivienda.)

Trabajador Independiente

- Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o negocio)— se calcula restando los costos de su negocio de las entradas totales o ingreso bruto

Asistencia pública/ Manutención de niños / Pensión alimenticia

(No ponga algún valor de beneficios en efectivo de cualquier asistencia pública que no está indicado en la tabla.)

- La pensión alimenticia
- Asistencia en efectivo del gobierno local o del estado
- Pagos de manutención de niños – Si recibe ingreso de manutención de niños o de la pensión alimenticia, solo reporte los pagos recibidos por órdenes judiciales. Los pagos informales y regulares deben ser reportados como "Otros Ingresos" en la siguiente sección.

- Pago por desempleo
- Compensación laboral

Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI)

- Anualidades
- Ingreso de fideicomiso o de herencia
- Pensión privada o por discapacidad
- Seguro Social (incluya la jubilación de ferrocarriles y los pagos de la enfermedad pulmonar del minero)
- Seguro Social (SSI)
- Beneficios para Veteranos

Otros Ingresos

- Ingreso de Intereses
- Ingreso de Inversiones
- Pagos regulares en efectivo fuera del hogar
- Ingresos de Alquiler

Fuentes de Ingresos Para Niños

Sueldo de Trabajo

- Por ejemplo: Un niño tiene un trabajo y gana un sueldo o pago.

Seguro Social, Beneficios por Discapacidad

- Por ejemplo: El niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.

Seguro Social, Beneficios para Sobrevivientes

- Por ejemplo: El padre o madre tiene una discapacidad, está jubilado, o fallecido, y su niño recibe beneficios del Seguro Social.

Ingresos de Otras Fuentes

- Por ejemplo: Un niño recibe un ingreso de fondos de jubilación privados, de la anualidad, o un de un fideicomiso.

Seguin Independent School District, 2019-2020 Standard (Multi-Child) Application for Free and Reduced-Price School Meals

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil). Apply online at <https://family.titank12.com>

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn: _____

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.

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

List each child's name. Check all that apply.

First Name	MI	Last Name	Student Attends School in District?	Grade	Optional Student ID Number	Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway
1.			Yes ☐ No ☐			☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐			☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐			☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐			☐	☐	☐	☐	☐

B. 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 FDIPIR: Do any Household Members (including you) currently participate in SNAP, TANF, and/or FDIPIR?
 - 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 FDIPIR, check this box ☐ skip Step 2, and complete Step 3.

Step 2: Please read the directions for more information for the following questions.

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

A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member: XXX-XX-____ Check if no SSN ☐

B. Income for Adult Household Members (Include Yourself, But Not Children, if more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

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 (Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2C.)	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)
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

C. Income for Children in the Household (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.

	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

D. Total Household Members (Count all children & adults living in the household) _____

Step 3: Please read the directions for more information on signing this form.

Provide Contact Information and Adult Signature. Return this application to SISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin TX 78155; fax (830) 379-9326; dreyana@seguin.k12.tx.us or to your child's school.

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 Household Member Signing the Form _____ Signature of Adult Household Member Signing the Form _____ Today's Date _____

Step 1: Additional Names

A. 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		
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												

Step 2: Additional Names

B. Income for Adult Household Members (Include Yourself, But Not Children)

Adult's First/Last Name (Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2D.)	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)
			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
5.	\$		W-E-T-M-A	\$		W-E-T-M-A	\$			W-E-T-M-A
6.	\$		W-E-T-M-A	\$		W-E-T-M-A	\$			W-E-T-M-A

C. Income for Children in the Household (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household.)

	Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.		
	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month
1.	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$

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, audiocassette, 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.asor.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.

This institution is an equal opportunity provider.

Do Not Fill Out This Part. This is For School Use Only.

Income Determination: 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

Household Size: _____ Total Income: _____

Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Annually ☐

Reviewing/Determining Official's Signature/Date

Confirming Official's Signature/Date

Date Received: _____

Categorical Determination: ☐ Free ☐ Reduced ☐ Denied

Segun ISDT, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para del 2019-2020

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz). Llene su solicitud por internet al Apply online at <https://family.tlank12.com>

This Box for School Use Only.
Date Withdrawn:

Parte 1: Definición de Miembro del hogar. Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen 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.

A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12. Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.
Liste el nombre de cada niño. ¿Asiste a la escuela en el distrito? Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	SI	No	Opcional: Número de identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
4.			☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

B. 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 FDIPIK? No > Complénte 2 y 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 > FDIPIK, marque en la casilla ☐ ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.

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

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX-__-__ ☐ Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los miembros del Hogar que no son listados 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 (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2C)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Mantención 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

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

		Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por me	Mensual	Anualmente
1.		\$	\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$	\$
3.		\$	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenten todos los niños y adultos que viven en el hogar.)

Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: SISD Child Nutrition Dept., 1105 N. King St., Seguin TX 78155; fax (830) 379-9326; dreyana@seguin.k12.tx.us or return to your child's school.

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 falso información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo 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)
Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud	Firma del adulto que llenó la solicitud	Fecha de hoy		

Lista TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

¿Asiste a la escuela en el distrito?

Optional: Número de

Marque todo lo que aplique

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Si	No	Grado	Estudiante	Temporales (Foster)	Head Start	Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
5.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐
6.			☐	☐			☐	☐	☐	☐	☐

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

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Mantenución 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)
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
6.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página

	Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$	\$

La Ley Nacional de Alimentos Escocoter Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud, 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 (FDPPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizaremos 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 empleadas 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 necesitan 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 solicitan 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.assc.usda.gov/complaint_filing_cust.htm 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. 20250-94-10; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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

Income Determination: 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

Income Determination: 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							
Household Size: _____	Total Income: _____	Weekly ☐	Every 2 Weeks ☐	Twice a Month ☐	Monthly ☐	Annually ☐	Date Received: Categorical Determination ☐ Eligibility: Free ☐ Reduced ☐ Denied ☐
Reviewing/Determining Official's Signature/Date		Confirming Official's Signature/Date					

Income Eligibility Guidelines for Determining Free and Reduced Price Benefits

Effective from July 1, 2019 to June 30, 2020

Family Size	Annually		Monthly		Twice per Month		Every Two Weeks		Weekly	
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$16,237	\$23,107	\$1,354	\$1,926	\$677	\$963	\$625	\$889	\$313	\$445
2	\$21,983	\$31,284	\$1,832	\$2,607	\$916	\$1,304	\$846	\$1,204	\$423	\$602
3	\$27,729	\$39,461	\$2,311	\$3,289	\$1,156	\$1,645	\$1,067	\$1,518	\$534	\$759
4	\$33,475	\$47,638	\$2,790	\$3,970	\$1,395	\$1,985	\$1,288	\$1,833	\$644	\$917
5	\$39,221	\$55,815	\$3,269	\$4,652	\$1,635	\$2,326	\$1,509	\$2,147	\$755	\$1,074
6	\$44,967	\$63,992	\$3,748	\$5,333	\$1,874	\$2,667	\$1,730	\$2,462	\$865	\$1,231
7	\$50,713	\$72,169	\$4,227	\$6,015	\$2,114	\$3,008	\$1,951	\$2,776	\$976	\$1,388
8	\$56,459	\$80,346	\$4,705	\$6,696	\$2,353	\$3,348	\$2,172	\$3,091	\$1,086	\$1,546
9	\$62,205	\$88,523	\$5,184	\$7,378	\$2,593	\$3,689	\$2,393	\$3,406	\$1,197	\$1,704
10	\$67,951	\$96,700	\$5,663	\$8,060	\$2,833	\$4,030	\$2,614	\$3,721	\$1,308	\$1,862
11	\$73,697	\$104,877	\$6,142	\$8,742	\$3,073	\$4,371	\$2,835	\$4,036	\$1,419	\$2,020
12	\$79,443	\$113,054	\$6,621	\$9,424	\$3,313	\$4,712	\$3,056	\$4,351	\$1,530	\$2,178
For each additional family member add:										
	+\$5,746	+\$8,177	+\$479	+\$682	+\$240	+\$341	+\$221	+\$315	+\$111	+\$158