Student Name _____

EPIC ID # _____ Enrollment Date _____

Learning Center Site/ Teacher _____

Counselor _____

2023-2024
EPIC HIGH SCHOOL ENROLLMENT FORM

Student's **LEGAL** *Name

_____

Last Name(s)	First Name(s)	Middle Name	Sex M/F

**If student has two last names use father's first then mothers, then add suffix: II, Jr.*
(Must be legally verified name, with no nicknames)

☐ Not applicable

What proof of legal name was provided? _____

**student must provide Legal name*

Former or Maiden name(s) used: _____

Date of Birth: _____ (MM/DD/YYYY) Place of Birth: _____ (City / State/Province / Country)

Residence Address: *(If homeless, list city and zip code)*

_____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____ Phone #: _____

Mailing Address *(If different from residence address)*

_____

Student's EMAIL:

_____

STAFF USE ONLY

☐ **NEW Student** ☐ **ROLLOVER Student**

School District of Residence? _____

(USER Tag 1) WORK EXPERIENCE	**Yes** ☐	**(USER Tag 4) CONSERVATION CORPS**	**Yes** ☐
(USER Tag 2) RESOURCE/ SPEC. EDU.	**Yes** ☐	**(USER Tag 5) NO TRANSCRIPT**	**Yes** ☐
(USER Tag 3) CAREER TECH. EDU.	**Yes** ☐	**(USER Tag 6)**	**Yes** ☐

_____ _____

Student Name Learning Center Site/ Teacher

_____ _____

EPIC ID # Enrollment Date

1. RACE – ETHNICITY

1. Check one from this box

☐ No, not Hispanic/ Latino
☐ Yes, Hispanic/ Latino

2. Check appropriate race. *(see description)*

**If multiracial, you can choose UP to 5*

☐ American Indian, Alaska Native	☐ Other Asian
☐ Chinese	☐ Guamanian
☐ Japanese	☐ Samoan
☐ Korean	☐ Tahitian
☐ Vietnamese	☐ Other Pacific Islander
☐ Asian Indian	☐ Filipino
☐ Laotian	☐ Black or African American
☐ Cambodian	☐ White

Race - Ethnicity Definitions:

- Hispanic or Latino: A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- American Indian or Alaska Native: A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian: A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American: A person having origins in any of the Black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander: A person having origins in any of the original peoples of Hawaii: Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White: A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

2. Emergency Contact Information - Primary Contact

First Name: _____ Last Name: _____ Relationship: _____

Residence Address: _____ ☐ Lives with Student

(if different from Student) *same residence address

Phone#: _____ _____ _____

Home Cell Work

Emergency Contact's EMAIL: _____

_____ _____
Student Name Learning Center Site/ Teacher

_____ _____
EPIC ID # Enrollment Date

3. EDUCATION

Highest level of education completed?

- ☐ Parent
- ☐ Self

- ☐ Graduate School/ Post Graduate Training
- ☐ College Graduate
- ☐ Some College (include AA degree)
- ☐ High School Graduate
- ☐ Not a High School Graduate

Provide date **First** enrolled in any U.S. school, K-12: _____
MM/DD/YYYY

If born outside the United States, have you been enrolled in a U.S schools less than **three cumulative (total) years?**

Yes ☐ No ☐

Did you, or your parents, immigrate to the United States?

Yes ☐ No ☐ Decline to State ☐

4. ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY

If you previously attended school in the U.S., what is / was your English Proficiency at that time?

- ☐ **EL (English Learner)**
- ☐ **EO (English Only)**
- ☐ **ADEL (Adult EL 22yrs +)**
- ☐ **IFEP (Initially Fluent English Proficient)**
- ☐ **RFEP (Reclassified Fluent English Proficient) on date:** _____
MM/DD/YYYY
- ☐ **TBD (To Be Determined)**

What language did you learn when you first began to talk? _____

What language do you most often speak at home? _____

What language do other adults most often use when speaking with you? _____

What language do the adults in your home speak most often? _____

_____ _____
Student Name Learning Center Site/ Teacher

_____ _____
EPIC ID # Enrollment Date

5. PREVIOUS HIGH SCHOOL ACADEMIC RECORDS

Have you passed any part of a high school equivalency test (GED)? Yes ☐ No ☐

Previous High School Attended:

List school and alternative schools (Incluye tercer año de secundaria, preparatoria, bachillerato, y colegio)	District/ county	School Year

Number of months/years it has been since you left the last school you attended? _____

Number of high school credits you earned? _____

Do you have a copy of your high school transcript? _____

Have you completed any community college courses? _____

Do you have a copy of your college transcript? _____

6. CAREER TECHNICAL EDUCATION SURVEY

Indicate if you are interested in any of the following **Free Career Education Pathways.**

- ☐ Early Childhood Education
- ☐ Agriculture
- ☐ Natural Resources
- ☐ Fire Fighting
- ☐ Recycling
- ☐ Solar Alternative Energy
- ☐ Business Management
- ☐ Construction
- ☐ Employee Shared Business Ownership
- ☐ Not Interested

_____ _____
Student Name Learning Center Site/ Teacher

_____ _____
EPIC ID # Enrollment Date

7. STUDENT PROGRAMS

If age 21 or younger, have you ever received **Special Education** Services?	Yes ☐	No ☐
If age 22 or older, did you ever receive **Special Education** services?	Yes ☐	No ☐
Do you have, or have had at any time **an IEP or 504 plan**?	Yes ☐	No ☐
If age 21 or younger, have you ever been in the **Foster System**?	Yes ☐	No ☐
If age 22 or older have you ever been in the **Foster System**?	Yes ☐	No ☐
Do you consider yourself **homeless**?	Yes ☐	No ☐

If homeless, what is your residential status?
If so, please check appropriate box that applies.

☐ Temporary Shelter
(temporary residence provided for homeless individuals in emergency situations)

☐ Hotel /Motel
(temporary residence for homeless individuals usually requiring payment/vouchers for lodging and services)

☐ Temporary Doubled-up
(homeless & temporarily living with other families/individuals due to economic hardship or other similar reason)

☐ Temporary Unsheltered
(not adequate housing such as car, park, street, abandoned building, campground, etc.)

☐ None of the above

If homeless, with whom are you living? *(Check all that applies)*

☐ Multiple Parents/Co Parents	☐ Surrogate Parent
☐ Foster Father	☐ Foster Mother
☐ Grandfather	☐ Grandmother
☐ Uncle	☐ Aunt
☐ Family Member	☐ Caregiver
☐ Court Appointed Guardian	☐ Agency Representative
☐ Other Relative:	☐ Other Relationship:

Class time preferred?

☐ 8:30 – 12:00
☐ 12:00 – 3:00
☐ 3:00 – 7:00
☐ No preference

Most difficult season to attend due to work?

☐ Fall
☐ Winter
☐ Spring
☐ Summer

_____ _____
Student Name Learning Center Site/ Teacher

_____ _____
EPIC ID # Enrollment Date

8. SURVEY FOR VOCATIONAL EDUCATION & OTHER ASSISTANCE PROGRAMS

Do you have minor children? Yes ☐ No ☐
Are you currently employed? Yes ☐ No ☐
Do you have reliable transportation? Yes ☐ No ☐
Do you have a prepared resume? Yes ☐ No ☐
Do you have your Birth Certificate? Yes ☐ No ☐
Do you have a Social Security Card? Yes ☐ No ☐
Do you have a CA Driver's License or a Ca State ID card? Yes ☐ No ☐
For males ages 18-25 only, have you registered with Selective Services? Yes ☐ No ☐

Please check all resources you currently access OR would like more information on
(circle "C" for Currently Use or "I" for want More Information)

☐/☐	Food Assistance Programs	☐/☐	Health/Medical Services	☐/☐	Clearing your Driving Record
☐/☐	Financial Assistance	☐/☐	Dental Services	☐/☐	Paying or Reducing Fines
☐/☐	Transportation	☐/☐	Eye/Glasses Services	☐/☐	Criminal Record Expungement
☐/☐	Low/No Cost Housing	☐/☐	Personal and/or Family Counseling	☐/☐	Court Appointed Community Service
☐/☐	Childcare: # of children _____ Age(s) _____			☐/☐	Other

This institution is an equal opportunity provider.
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

By signing this you are stating everything in this enrollment form is true and correct.

☐ I have received a copy of the student handbook

_____ _____
Student Signature **Date**

_____ _____
FILED/EPIC Staff Signature **Date**

AVISO: Estamos optando bajo la nueva ley Universal de Alimentos en California este año y en adelante, que permite a todos los alumnos recibir comidas GRATIS durante todo el año escolar. Sin embargo, nuestra escuela depende de que las familias completen la solicitud de comidas gratis o a precio reducido para obtener fondos escolares durante el año. También puede ayudar a las familias que califiquen en recibir descuentos en servicios para el hogar tal como cable, internet, etc.

TODO LOS ALIMENTOS SERÁN GRATIS - ESTO NOS AYUDA SEGUIR RECIBIENDO FONDOS PARA COMPUTADORAS, MATERIALES DE APRENDIZAJE, ETC.

Estimado Estudiante:

EPIC de Cesar Chavez participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o en el Programa de Desayuno Escolar que ofrece comidas nutritivas todos los días escolares. Los estudiantes no tienen que ser ciudadanos de los Estados Unidos para calificar para las comidas gratuitas o a precio reducido. Si hay más miembros en el hogar que el número de líneas en la solicitud, agregue una segunda solicitud.

CARTA PARA LA FAMILIA SOBRE LAS COMIDAS GRATUITAS Y A PRECIO REDUCIDO

CALIFICACIÓN

Estudiantes pueden calificar para comidas gratuitas o a precio reducido si el ingreso familiar está en el nivel o está por debajo del nivel del Ingreso Federal de las siguientes Normas de Elegibilidad.

Tamaño de Hogar	Anual	Mensual	Dos Veces al Mes	Cada Dos Semanas	Semanal
1	$26,973	$2,248	$1,124	$1,038	$519
2	$36,482	$3,041	$1,521	$1,404	$702
3	$45,991	$3,833	$1,917	$1,769	$885
4	$55,500	$4,625	$2,313	$2,135	$1,068
5	$65,009	$5,418	$2,709	$2,501	$1,251
6	$74,518	$6,210	$3,105	$2,867	$1,434
7	$84,027	$7,003	$3,502	$3,232	$1,616
8	$93,536	$7,795	$3,898	$3,598	$1,799
Para cada miembro adicional de la familia, agregue:	$9,509	$793	$397	$366	$183

SOLICITUD DE LOS BENEFICIOS

Una solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido no puede ser revisada al menos que toda la información requerida esté completa. Una familia puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero el ingreso de su familia disminuye, la cantidad de personas en el hogar aumenta, o algún miembro de su familia es elegible para

beneficios de CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs) [Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños de California], o el Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) [Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas], puede consignar una solicitud en ese momento.

CERTIFICACIÓN DIRECTA

La solicitud no es requerida si su familia recibe una carta de aviso, indicando que todos los estudiantes están automáticamente certificados para comidas gratuitas. Si usted no recibió una carta, por favor, complete la solicitud.

VERIFICACIÓN:

Oficiales de la escuela pueden verificar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Se le puede pedir que entregue información comprobando su ingreso o su elegibilidad actual para los beneficios de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR.

PARTICIPANTES WIC

Las familias que reciben beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC), pueden ser elegibles para comidas gratuitas o a precio reducido completando una solicitud.

DESAMPARADOS, MIGRANTES, QUE HUYEN DE CASA, Y HEAD START

Los estudiantes que satisfacen la definición de desamparados, migrantes, que huyen de casa, y los niños participando en los programas Head Start en sus escuelas son elegibles para comidas gratuitas. Por favor, comuníquese con los oficiales de la escuela para recibir asistencia.

NIÑOS EN HOGARES DE ACOGIDA

La responsabilidad legal debe ser a través de la agencia de cuidado de acogida o la corte para calificar para las comidas gratuitas. Un niño en cuidado de acogida puede ser incluido como miembro del hogar si la familia de acogida decide aplicar para sus hijos que no son de acogida en la misma solicitud y debe reportar cualquier ingreso personal obtenido por el niño en hogares de acogida. Si los niños que no son de acogida no son elegibles, esto no previene que el niño en hogares de acogida reciba comidas gratuitas.

AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela en relación con la determinación de su solicitud o el resultado de la verificación, usted puede discutirlo con el oficial de la audiencia. Usted también tiene derecho a una audiencia justa, que puede ser solicitada llamando o escribiendo a: Helena Villarino-Wright,122 E. Tehachapi BLVD, Suite C, Tehachapi, CA 93561, (661) 771-7132

TRASPASO DE ELEGIBILIDAD

Su estatus de elegibilidad del año escolar previo continuará al nuevo año escolar hasta por 30 días operativos o hasta que se realice una nueva determinación. Cuando se termine el traspaso de elegibilidad, se le cobrará el precio completo de las comidas, al menos que la familia reciba una carta de aviso para las comidas gratuitas o a precio reducido. No es requerido que los oficiales de la escuela manden un recordatorio o avisos de vencimiento de eligibildad.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Conforme a la ley federal y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de genero y orientacion de sexual), edad, discapacidad,venganza o represalia por actividades realizadas en el pasado relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra agrandada, grabación de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el TARGET Center del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión de Información al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea, en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles. La carta o el formulario AD-3027 completado debe enviarse al USDA por medio de:

1. correo postal:
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; o´

2. fax:
   (833) 256-1665 o´ (202) 690-7442; o´

3. correo electrónico:
   program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

CÓMO SOLICITAR COMIDAS GRATUITAS O A PRECIO REDUCIDO

Complete una solicitud por familia. Por favor, escriba claramente con un bolígrafo. Solicitudes incompletas, ilegible, o información incorrecta retrasara el proceso.

1. **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE –** Incluya a **todos los estudiantes** que asisten a EPIC de Cesar Chavez. Escriba sus nombres (primero, inicial del segundo nombre, apellido), escuela, nivel de grado, y fecha de nacimiento. Si un estudiante en la lista es alguien en

cuidado de acogida, marque la casilla de **Hogar de Acogida**. Si está haciendo la solicitud solamente para un estudiante en cuidado de acogida, complete el PASO 1, y avance al PASO 4. Si un estudiante en la lista puede ser considerado como desamparado, migrante, o que huye de casa, marque la casilla aplicable de **Desamparado, Migrante, o que Huye de Casa** y complete todos los **PASOS** de la solicitud.

2. **PROGRAMAS DE ASISTENCIA –** Si **algún** miembro de su familia (niño o adulto) participa en CalFresh, CalWORKs, o FDPIR, entonces todos los estudiantes son elegibles para comidas gratuitas. Debe marcar la casilla del programa que aplica, agregar su número de caso, y continuar al PASO 4. Si nadie participa, omita el PASO 2 y continúe al PASO 3.
3. **REPORTAR EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR –** Debe reportar el ingreso **bruto** (antes de las deducciones) de **todos** los miembros de la familia (niños y adultos) en dólares sin céntimos. Indique **0** para cualquier miembro de la familia que no recibe ingresos.

   Reporte el ingreso **bruto** combinado para todos los estudiantes en la lista del PASO 1 y anote el periodo de pago apropiado. Incluya el ingreso del niño en cuidado de acogida si usted está incluyendo en la solicitud niños en cuidado de acogida con niños que no son de acogida en la misma solicitud.

   Escriba los nombres (primer nombre y apellido) de **todos los** miembros de la familia no incluidos en el PASO 1. Reporte el ingreso **bruto** total de cada fuente e indique el periodo de pago apropiado.

   Indique el tamaño completo de la familia (niños y adultos). Este número **debe** ser igual a los miembros indicados en el PASO 1 y PASO 3.

   Indique los últimos cuatro dígitos de su Número del Seguro Social (SSN). Si el estudiante no tiene SSN, marque la casilla **NO SSN**.
4. **INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE –** La solicitud debe estar firmada por el estudiante. Escriba el nombre del estudiante que firmará la solicitud, la información de contacto, y la fecha de hoy.

OPCIONAL – IDENTIDAD DE ETNICIDAD O RAZA DEL ESTUDIANTE

Esta sección es opcional en completar y no afecta la elegibilidad de comidas gratuitas o a precios reducidos para el estudiante. Por favor, marque las casillas apropiadas.

DECLARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La Ley de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar esta información, pero si usted no la da, nosotros no podemos aprobar sus comidas gratuitas o a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del SSN del estudiante que firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del SSN no son requeridos cuando se incluye el número de caso de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR u otro identificador FDPIR o cuando el estudiante no tiene un SSN mediante la selección de la casilla correspondiente. Nosotros usaremos su información para determinar elegible para comidas gratuitas o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno.

PREGUNTAS O ASISTENCIA

Por favor, contacte a su escuela.

Año escolar 2023-2024 EPIC de Cesar Chavez Solicitud para comidas gratis y a precio reducido

Llene una solicitud por hogar. FIELD

Lea las instrucciones sobre cómo llenar la solicitud. Escriba claramente con tinta. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sección 49557(a) del *Código de Educación* de California: Las solicitudes para comidas gratis y a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el día de clases. A los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares federal no se les identificará abiertamente con el uso de fichas especiales, boletos especiales, filas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados o por cualquier otro medio.

PASO 1 – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Los niños **bajo cuidado adoptivo temporal** y los niños que cumplen con la definición de **sin hogar**, **migrante** o **fugado del hogar** reúnen los requisitos para recibir comidas gratis. STD ID:_____ Site: _____

Anote el nombre de **CADA ESTUDIANTE** (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Anote el **nombre de la escuela** y el **grado escolar**		Anote **la fecha de nacimiento del estudiante**	Marque la casilla pertinente si el estudiante está **bajo cuidado adoptivo temporal**, **sin hogar** o es **migrante** o **fugado del hogar**.			
EJEMPLO: Joseph P Adams	**EPIC de Cesar Chavez**	**10th**	**07/01/1999**	Bajo cuidado adoptivo	Sin hogar	Migrante	Fugado del hogar
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

PASO 2 – PROGRAMAS DE ASISTENCIA: CalFresh, CalWORKs o FDPIR

¿ALGÚN miembro del hogar (niño o adulto) participa actualmente en CalFresh, CalWORKs o FDPIR? **Si contestó NO**, sáltese el PASO 2 y vaya al PASO 3.

Si contestó SÍ, marque la casilla del programa pertinente, sáltese el PASO 3 y vaya al PASO 4. ☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs** ☐ **FDPIR**	**Anote el número de caso:**

PASO 3 – DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Sáltese este paso si contestó 'SÍ' en el PASO 2)

A. INGRESOS DE LOS ESTUDIANTES: En ocasiones, los estudiantes del hogar tienen ingresos. Anote los ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros de los estudiantes que se enumeraron en el PASO 1. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia":**
S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual

Ingresos totales del estudiante				**Frecuencia**
$				

B. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR: Anote a **TODOS** los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1, **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro del hogar, anote sus ingresos **BRUTOS TOTALES** (antes de deducciones) en números enteros para cada fuente. Si el miembro del hogar no recibe ingresos de ninguna fuente, anote "0". Si anota "0" o deja cualquier campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar. **Anote el período de pago correspondiente en la casilla de "Frecuencia": S = Semanal, 2S = Cada dos semanas, 2M = Dos veces al mes, M = Mensual, A = Anual**

Anote el nombre de **TODOS LOS DEMÁS** miembros del hogar (Apellido y nombre)	Ingresos del trabajo	**Frecuencia**	Asistencia pública/SSI/ Manutención de menores/ Pension alimenticia	**Frecuencia**	Pensiones/retiro/ jubilación otros ingresos	**Frecuencia**
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	
	$		$		$	

C. Total de miembros del hogar (Niños y adultos) ☐☐

D. Anote los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) del estudiante ☐☐☐☐

Marque la casilla si NO tiene SSN ☐

PASO 4 – INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA

Certificación: Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que proporciono esta información en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela podrían verificar (revisar) la información. Soy consciente de que si proporciono deliberadamente información falsa, mis hijos podrían perder la asistencia para las comidas y se me podría procesar conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del estudiante que llenó esta solicitud:		
Nombre en letra de molde:		
Fecha:	Teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY (PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE)

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12		Total Household Income $
Total Household Size ☐☐	Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)	☐ Categorical
	Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway	☐ Error Prone
Determining Official's Signature:	**Date:**	
Confirming Official's Signature:	**Date:**	
Verifying Official's Signature:	**Date:**	

OPCIONAL – IDENTIDAD ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE

Estamos obligados a pedir información acerca de la raza y origen étnico del estudiente. Esta información es importante y nos ayuda a servir plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratis o/a precio reducido.

Origen étnico (marque uno):

Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más):

Indígena americano o nativo de Alaska Negro o afroestadounidense

Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico Asiático Blanco