

De conformidad con la Junta Estatal de Cuentas  
Formulario escolar núm. 521/2018

## Formulario escolar núm. 521/2018

Enumere a **TOPOS** los miembros del hogar que sean recién nacidos, niños, niñas y adolescentes hasta grado 12 inclusive (si se requieren más espacios para miembros adicionales adjunte otra hoja de papel)

Niño bajo Sin hogar, sin custodia residencial

**gratuitas o a precio reducido**

2. Participa algún miembro del hogar (incluido actualmente en uno o más de los siguientes programas asistenciales: SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) ?

Número de caso: / / / / / / / / / /

**Indique los ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si su respuesta fue 'Sí' en el PASO 2)**

**Ingrese un único núm. de caso en este espacio**

información.

del nogar.

| Semanal | Cada 2 sem. | 2 x mes | Mensual |
|---------|-------------|---------|---------|
|---------|-------------|---------|---------|

Enumere a todos los miembros del hogar no enumerados en el PSEO -1 (incluido usted) aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar enumerado, si no recibe ingresos, indique el ingreso total (bruto) antes de cualquier impuesto o deducción de cada fuente en números enteros (sin centavos) expresados en dólares únicamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, ingrese "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, usted certifica (garantiza) que no hay ingreso alguno que informar.

| ¿Con qué frecuencia? |            |         |
|----------------------|------------|---------|
| Semanal              | Cada 2 sem | 2 x mes |
|                      |            | Mensual |

[illegible]

1

Información de contacto y firma del adulto. Envíe por correo el formato terminado a: 33 Muenich Court, Hammond IN 46320. Voltee la página si desea solicitar ayuda para comprar libros de texto.

**Certifico (garantizo)** que toda la información de esta solicitud es fiel y que se han registrado todos los ingresos. Comprendo que la presente información se proporcione a la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar (comprobar) la información. Tengo conocimiento de que si proporciono información falsa, mis hijos pueden perder los beneficios para comidas y puedo ser procesado de conformidad con las leyes aplicables estatales y federales."

Fecha de hoy

Teléfono diurno y dirección de correo electrónico (opcional)

**PASO 5 Otros beneficios - No es necesario completar esta sección para recibir beneficios de comidas gratuitas o a precio reducido.**

¿Desea recibir ASISTENCIA PARA LIBROS DE TEXTO?

☐ Sí ☐ No  
Si la respuesta es Sí, firme a la derecha

Certifico que soy el padre/tutor legal del/los niño(s) respecto del/los cual(es) se presenta esta solicitud. Mi firma autoriza la divulgación de la información de esta solicitud para recibir la asistencia para libros de texto. Renuncio a mi derecho de confidencialidad sólo para este fin. La información de esta solicitud se compartirá con la Administración para la Familia y los Servicios Sociales de Indiana conforme a las secciones 20-33-5-2 y 12-14-28-2 del Código de Indiana, sólo a los efectos de cumplir con el TÍTULO 45, PARTES 280 y 285, del Código de Reglamentos Federales.

Firma del adulto que completa el formulario

Fecha de hoy

Para uso exclusivo de la escuela:  
☐ Aprobado  
☐ Denegado  
☐ No Aplica

La información de esta solicitud puede ser divulgada a la Administración para la Familia y los Servicios Sociales con el fin de identificar a los niños que pueden ser elegibles para acceder al seguro médico gratuito o a costo reducido en virtud de Medicaid o Hoosier Healthwise. Si desea que la información de esta solicitud sea divulgada a tal efecto, firme a continuación. Certificado que soy el padre/tutor legal de los niños respecto de los cuales se presenta esta solicitud. Autorizo la divulgación de la información a tal efecto.

Para obtener información sobre el seguro médico de Hoosier Healthwise, llame al 1-800-889-9949.

Firma del adulto que completa el

Fecha de hoy

**OPCIONAL Raza y origen étnico de los niños**

Necesitamos pedirle información sobre la raza y el origen étnico de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda a garantizar la prestación de un servicio completo y adecuado a nuestra comunidad. Las respuestas a esta sección son opcionales y no afectan la elegibilidad de los niños para acceder a los beneficios de comidas gratuitas o a costo reducido.

Origen étnico (seleccione una opción):

☐ Hispano o latino ☐ Indígena de EE. UU. o Alaska  
☐ No hispano ni latino ☐ Asiática ☐ Negra o afroamericana  
☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanca

Declaración sobre el uso de la información: explica cómo usaremos la información que nos proporcione.

La ley de almuerzos escolares Richard B. Russell National School Lunch Act ordena que se proporcione la información que se pide en esta solicitud. No tiene que darnos la información, pero si no lo hace, no podemos aprobar las comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo. Usted tiene que incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del miembro adulto de la unidad familiar que firme la solicitud. Esos últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no se requieren si usted solicita en nombre de un hijo de crianza o si provee un número de caso de los programas Suplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), o bien otro número de identificación del FDPIR para su hijo, y tampoco si indica que el miembro adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de Seguro Social. Usaremos su información para decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, así como para administrar y hacer cumplir los programas de almuerzos y desayunos. PODEMOS compartir su información de elegibilidad con otros programas de educación, salud y nutrición para ayudarnos a evaluar, financiar o determinar los beneficios de sus programas, con los auditores de revisión de programas y con funcionarios del orden público para ayudarnos a investigar violaciones de las reglas de los programas. Declaración de no discriminación: explica qué debe hacer si cree que se han tratado injustamente. 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 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.gdo.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.gdo.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), 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.

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA - NO ESCRIBA POR DEBAJO DE ESTA LINEA**

WEEKLY X 52 INCOME CONVERSION to YEARLY: EVERY 2 WEEKS X 26 TWICE A MONTH X 24 MONTHLY X 12

Income Eligibility: Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$\_\_\_\_\_ per: ☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly  
OR Categorical Eligibility: ☐ Food Stamps/TANF ☐ Migrant ☐ Homeless ☐ Runaway ☐ Foster  
Eligibility Determination: ☐ Approved Free ☐ Approved Reduced price ☐ Denied  
Reason for Denial: ☐ Income Too High ☐ Incomplete Application ☐ Other \_\_\_\_\_  
Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

**VERIFICATION**

Confirmation Review Official: \_\_\_\_\_ Application Direct Verified? Yes ☐ No ☐

Date Verification Notice Sent: \_\_\_\_\_ Approval Based On: ☐ Food Stamps / TANF Case ☐ No Change  
Date Response Due from Households: \_\_\_\_\_ Number: ☐ Free to Reduced ☐ Free to Paid ☐ Free to Reduced ☐ Reduced to Free ☐ Reduced to Paid  
Date Second Notice Sent (or N/A): \_\_\_\_\_ ☐ Household Size and Income ☐ Other: \_\_\_\_\_ Reason for Change: ☐ Income: \_\_\_\_\_ Date Notice of Change Sent: \_\_\_\_\_  
☐ Change in Food Stamps / TANF ☐ Did not respond ☐ Other: \_\_\_\_\_ Date Change Made: \_\_\_\_\_

Request for Appeal: \_\_\_\_\_ Date Hearing Requested: \_\_\_\_\_ Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Hearing Decision: \_\_\_\_\_

Prescribed by State Board of Accounts  
School Form No. 521/2018Prescribed by State Board of Accounts  
School Form No. 521/2018

List ALL infants, children, and students up to grade 12 who are members of your household. (If more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper.)

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

| Child's First Name | MI | Child's Last Name | Student?<br>Yes No                                       | Name of School Building | Only Students:<br><u>Living with parent or<br/>foster caregiver relative?</u> |       | Foster<br>Parent,<br>Relative,<br>Child           |                                                   |
|--------------------|----|-------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                    |    |                   |                                                          |                         | Birthdate                                                                     | Grade |                                                   | Yes                                               |
|                    |    |                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |                         |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                    |    |                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>        |                         |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                    |    |                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>        |                         |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                    |    |                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>        |                         |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|                    |    |                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>        |                         |                                                                               |       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

**Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP (Food Stamp) or TANF?**

**If YES > Write a case number here then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3)**

Case Number: / / / / / / / /

Write only one case number in this space.

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

**A. Child Income**  
Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all children in household listed in STEP 1 here.

|              | How often?            |                       |                       |                       |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|              | Weekly                | Every 2 wks           | 2x Month              | Monthly               |
| Child Income | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| \$           | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |

List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total (gross) income before any taxes or deductions for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (confirming) that there is no income to report.

המחיר הממוצע של המכשיר הוא 1,200 ש"ח.

| Name of Adult Household Members (First and Last) | Earnings from Work | How often? |             |          |         | Public Assistance/<br>Child Support/Alimony | How often? |             |          |         | Persons/Retirement/<br>All Other Income | How often? |             |          |         |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--------------------|------------|-------------|----------|---------|---------------------------------------------|------------|-------------|----------|---------|-----------------------------------------|------------|-------------|----------|---------|--|--|--|
|                                                  |                    | Weekly     | Every 2 Wks | 2x Month | Monthly |                                             | Weekly     | Every 2 Wks | 2x Month | Monthly |                                         | Weekly     | Every 2 Wks | 2x Month | Monthly |  |  |  |
| 1.                                               | \$                 |            |             |          |         | \$                                          |            |             |          |         | \$                                      |            |             |          |         |  |  |  |
| 2.                                               | \$                 |            |             |          |         | \$                                          |            |             |          |         | \$                                      |            |             |          |         |  |  |  |
| 3.                                               | \$                 |            |             |          |         | \$                                          |            |             |          |         | \$                                      |            |             |          |         |  |  |  |
| 4.                                               | \$                 |            |             |          |         | \$                                          |            |             |          |         | \$                                      |            |             |          |         |  |  |  |
| 5.                                               | \$                 |            |             |          |         | \$                                          |            |             |          |         | \$                                      |            |             |          |         |  |  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| X | X | X | X | X |
|---|---|---|---|---|

□

**Contact Information and adult signature. Mail Completed Form To: 33 Muenich Court, Hammond IN 46320. Turn for Textbook Donations**

"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."

|                                           |  |              |  |
|-------------------------------------------|--|--------------|--|
| Printed name of adult completing the form |  |              |  |
|                                           |  |              |  |
| Signature of adult completing the form    |  |              |  |
|                                           |  |              |  |
| Street Address (if available)             |  | City         |  |
| Apt #                                     |  | State        |  |
|                                           |  | Zip          |  |
|                                           |  | Today's date |  |
|                                           |  |              |  |

**STEP 5 Other Benefits – This section does not need to be completed to receive free or reduced price meal benefits.**

Do you want to receive Textbook Assistance?

☐ Yes  
☐ No

If yes, sign to the right →

I certify that I am the parent/guardian of the child(ren) for whom application is being made. My signature below authorizes the release of information on this application for textbook assistance. I give up my right of confidentiality for this purpose only. This application information will be shared with the Indiana Family and Social Services Administration pursuant to I.C. 20-33-5-2 and I.C. 12-14-28-2, solely for purposes of complying with 45 C.F.R. Parts 260 and 265.

School Use Only:

☐ Approved  
☐ Denied  
☐ Not Applicable

Signature of adult completing the form

Today's date

This application information may be shared with the Family and Social Services Administration for the purpose of identifying children who may qualify for free or low-cost health insurance under Medicaid or Hoosier Healthwise. If you want the application information shared for this purpose, please sign below. I certify I am the parent/guardian of the child(ren) for whom application is being made. I authorize the release of information for this purpose.

For information about Hoosier Healthwise health insurance, call 1-800-889-9949.

Signature of adult completing the form

Today's date

**OPTIONAL Children's Racial and Ethnic Identities**

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Ethnicity (check one):

☐ Hispanic or Latino  
☐ Not Hispanic or Latino

Race (check one or more):

☐ American Indian or Alaskan Native  
☐ Asian  
☐ Black or African American  
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
☐ White

**The Richard B. Russell National School Lunch Act** requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules. In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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:

U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(202) 690-7442, or

email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider.

**FOR SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE**

WEEKLY X 52

EVERY 2 WEEKS X 26

TWICE A MONTH X 24

MONTHLY X 12

**ELIGIBILITY DETERMINATION**

Income Eligibility: Total Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \$ \_\_\_\_\_  
OR Categorical Eligibility: ☐ Food Stamps/TANF ☐ Migrant ☐ Homeless ☐ Runaway ☐ Foster  
Eligibility Determination: ☐ Approved Free ☐ Approved Reduced Price ☐ Denied  
Reason for Denial: ☐ Income Too High ☐ Incomplete Application ☐ Other \_\_\_\_\_  
Type of Eligibility Notification Provided (if denied, notification must be written): ☐ Verbal ☐ Written  
Signature of Determining Official: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date Withdrawn: \_\_\_\_\_

**VERIFICATION**

Confirmation Review Official: \_\_\_\_\_ Application Direct Verified? Yes ☐ No ☐

Date Verification Notice Sent: \_\_\_\_\_

Approval Based On: ☐ Food Stamps / TANF Case Number

Verification Results: ☐ No Change

Reason for Change: ☐ Income: \_\_\_\_\_

Date Notice of Change Sent: \_\_\_\_\_

Date Response Due from Households: \_\_\_\_\_

☐ Household Size and Income

☐ Free to Reduced

☐ Free to Reduced

☐ Change in Food Stamps / TANF

Date Second Notice Sent (or N/A): \_\_\_\_\_

☐ Other \_\_\_\_\_

☐ Free to Paid

☐ Reduced to Free

☐ Did not respond

Date Second Notice Sent (or N/A): \_\_\_\_\_

☐ Other \_\_\_\_\_

☐ Reduced to Paid

☐ Other \_\_\_\_\_

Date Change Made: \_\_\_\_\_

Request for Appeal

Date Hearing Requested: \_\_\_\_\_

Hearing Decision: \_\_\_\_\_

Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_