

# COLUSA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

TRUSTEES:  
MRS. KATHIE WHITESELL  
MRS. KELLI GRIFFITH-GARCIA  
MR. CHARLES YERXA  
MRS. MELISSA YERXA ORTIZ  
MR. MICHAEL PHENICIE

745 TENTH STREET, COLUSA, CA 95932  
PHONE: (530) 458-7791 • FAX: (530) 458-4030

DWAYNE NEWMAN  
DISTRICT SUPERINTENDENT



Dear Parents, Guardians, or Head of Household:

Each school year, the Colusa Unified School District issues the Free & Reduced Lunch Application to assist qualifying families in the cost of breakfast and lunch for their students. Enclosed you will find the 2018-2019 application. Please note that due to changes in the State formula on how tax dollars are allocated to school districts, funding to schools is highly dependent on the number of students qualifying for free and reduced priced meals. **Please help us secure as much funding as is owed to the students of Colusa Unified by submitting an application.**

**It is helpful if you complete an application even if your children do not eat school meals.** If you are not eligible or do not wish to complete an application, simply fill in the statement below. Completed forms are CONFIDENTIAL and are kept in a secure file.

### **What do I need to do?**

- 1) Read through the attached materials
- 2) Complete and submit an application by using one of the following methods:
  - a. Applications can be completed and submitted online by visiting: [www.heartlandapps.com/District.aspx](http://www.heartlandapps.com/District.aspx)
  - b. Fill out only **one** application form per household listing **all** children even if they attend different schools or not attending a school district
1. **SECTION A:** List **ALL** children in the household and the school they attend (if not attending school include only name and birthdate)
2. **SECTION B:** List **ALL** adults in the household and income in the appropriate column
3. **SECTION C:** Fill in **ALL** information. Only the last four digits of your social security number are required, or mark the appropriate box if you do not have a social security number
4. Please be sure to fill out the form **completely**
5. **ASAP** return your completed application to your child's school promptly

Questions? Call your child's school site office or student nutrition data clerk @ (530)458-7791 ext.14115.

### **Another Important Item:**

If you do receive CalFresh, CalWORKs, or other benefits it is important to make sure that the benefit agency and school district have the same mailing address.

Thank you for your assistance to insure the district has the necessary information for the children in your household.  
Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Leasa M. Hill". The signature is written in a cursive, flowing style.

Leasa M. Hill  
Student Nutrition Director

Please complete this section and return this page using the provided self-addressed stamped envelope if you know your income exceeds the guidelines for free or reduced-price lunches, or if you are opting to not complete an application:

***I will not be completing the 2018-2019 Application for Free & Reduced-Priced Meals.***

Parent/Guardian Signature

Print Name

Date

# COLUSA UNIFIED SCHOOL DISTRICT

TRUSTEES:  
MRS. KATHIE WHITESELL  
MRS. KELLI GRIFFITH-GARCIA  
MR. CHARLES YERXA  
MRS. MELISSA YERXA ORTIZ  
MR. MICHAEL PHENICIE

745 TENTH STREET, COLUSA, CA 95932  
PHONE: (530) 458-7791 • FAX: (530) 458-4030

DWAYNE NEWMAN  
DISTRICT SUPERINTENDENT



Estimados Padres, Tutores o Jefe de Hogar:

Cada año escolar, el Distrito Escolar Unificado de Colusa hace disponible el Certificado Gratuito & Solicitud de almuerzo reducido para ayudar a familias que califiquen en el costo del desayuno y almuerzo para sus estudiantes. Junto encontrará la aplicación 2018-2019. Tenga en cuenta que debido a los cambios en la fórmula estatal sobre cómo se asignan los dólares de los impuestos a los distritos escolares, el financiamiento a las escuelas depende en gran medida del número de estudiantes que califican para comidas gratuitas o precio reducido. **Por favor, ayúdenos a asegurar la mayor cantidad de financiamiento que se debe a los estudiantes del Distrito Escolar Unificado de Colusa por medio de la presentación de una solicitud.**

**Es útil si completa una solicitud incluso si sus hijos no comen comidas escolares.** Si no es elegible o no desea completar una solicitud, simplemente complete la siguiente declaración debajo de esta carta. Los formularios completados son CONFIDENCIALES y se guardan en un archivo seguro.

### ¿Que necesito hacer?

- 1.) Lea los materiales adjuntos.
- 2.) Completar y presentar una solicitud utilizando uno de los siguientes métodos:
  - a. Aplicaciones pueden completadas y presentadas en línea visitando: [www.heartlandapps.com/District.aspx](http://www.heartlandapps.com/District.aspx)
  - i. **Este es el procedimiento más rápido y más eficiente para aplicar**
- b. Llene un solo formulario de solicitud por hogar que incluya a todos los niños, incluso si asisten a diferentes escuelas o no asisten a un distrito escolar.
  1. **SECCIÓN A:** Apunte a **TODOS los niños** en el hogar y la escuela a la que asisten (si no asisten a la escuela, incluya solamente nombre y fecha de nacimiento).
  2. **SECCIÓN B:** Apunte a **TODOS los adultos** en el hogar y los ingresos en la columna apropiada
  3. **SECCIÓN C:** Rellene **TODA la información**. Sólo se requieren los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social, o marque la casilla correspondiente si no tiene un número de seguro social.
  4. Por favor asegúrese de llenar el formulario **completamente**.
  5. **LO MAS PRONTO POSIBLE regrese su solicitud completada a la escuela de su niño lo más pronto posible.**

¿Preguntas? Llame a la oficina de la escuela de su estudiante o al Lupe Espindola al (530) 458-7791 ext.14116.

### Otro elemento importante:

Si recibe CalFresh, CalWORKs o otros beneficios, es importante asegurarse de que la agencia de beneficios y el distrito escolar tengan la misma dirección postal. Gracias por su asistencia para asegurar que el distrito tenga la información necesaria para los niños de su hogar.

Sinceramente,

A handwritten signature in black ink that reads "Leasa M. Hill".

Leasa M. Hill

Director de Nutrición Estudiantil

Por favor, complete esta sección y devuelva esta página usando el sobre con estampilla y franqueo si usted sabe que sus ingresos exceden las metas para almuerzos gratis o precio reducido, o si está optando por no llenar una solicitud:

**No voy a completar el 2018 -2019 Aplicación gratuita y de Comida de precio reducido.**

Firma de Padre/Guardian

Imprime su nombre

Fecha

Dear Parent or Guardian:

The Colusa Unified School District participates in the National School Lunch Program and/or School Breakfast Program by offering nutritious meals every school day. Students may buy lunch for \$2.75 Elementary/\$3.25 High School and breakfast for \$1.75 Elementary/\$1.75 High School. Eligible students may receive meals free of charge or at the reduced-price rate. We do not currently charge reduced students at CUSD, if this changes you will be notified by mail in advance. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals. If there are more household members than the number of lines on the application, attach a second application.

**LETTER TO HOUSEHOLD FOR FREE AND REDUCED-PRICE MEALS**

July 1, 2018–June 30, 2019					
Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
7	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
For each additional family member, add:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

**QUALIFICATION:** Your children may qualify for free or reduced-price meals if your household income falls at or below the federal Income Eligibility Guidelines below.

**APPLYING FOR BENEFITS:** An application for free or reduced-price meals cannot be reviewed unless all required fields are completed. A household may apply at any time during the school year. If you are not eligible now,

but your household income decreases, household size increases, or a household member becomes eligible for CalFresh, California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) benefits, you may submit an application at that time.

**DIRECT CERTIFICATION:** An application is not required if the household receives a notification letter indicating all children are automatically certified for free meals. If you did not receive a letter, please complete an application.

**VERIFICATION:** School officials may check the information on the application at any time during the school year. You may be asked to submit information to validate your income or current eligibility for CalFresh, CalWORKs, or FDPIR benefits.

**WIC PARTICIPANTS:** Households that receive Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) benefits, may be eligible for free or reduced-price meals by completing an application.

**HOMELESS, MIGRANT, RUNAWAY & HEAD START:** Children who meet the definition of homeless, migrant, or runaway, and children participating in their school's Head Start program are eligible for free meals. Please contact school officials for assistance at (530) 458-7791

**FOSTER CHILD:** The legal responsibility must be through a foster care agency or court to qualify for free meals. A foster child may be included as a household member if the foster family chooses to apply for their non-foster children on the same application and must report any personal income earned by the foster child. If the non-foster children are not eligible, this does not prevent a foster child from receiving free meals.

**FAIR HEARING:** If you do not agree with the school's decision regarding your application's determination or the result of verification, you may discuss it with the hearing official. You also have the right to a fair hearing, which may be requested by calling or writing the following: Dwayne Newman, (530) 458-7791. Colusa USD 745 10<sup>th</sup> St. Colusa, Ca. 95932

**ELIGIBILITY CARRYOVER:** Your child's eligibility status from the previous school year will continue into the new school year for up to 30 operating days or until a new determination is made. When the carryover period ends, your child will be charged the full price for meals, unless the household receives a notification letter for free or reduced-price meals. School officials are not required to send reminder or expired eligibility notices.

**NON-DISCRIMINATION STATEMENT:** 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, audiotope, 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: (1) Mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; or (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**HOW TO APPLY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS – Complete one application per household. Please print clearly with a pen. Incomplete, illegible, or incorrect information will delay processing.**

**STEP 1: STUDENT INFORMATION** – Include ALL STUDENTS who attend Colusa Unified School District. Print their name (first, middle initial, last), school, grade level, and birthdate. If any student listed is a foster child, check the "Foster" box. If you are only applying for a foster child, complete STEP 1, and then continue to STEP 4. If any student listed may be homeless, migrant, or runaway, check the applicable "Homeless, Migrant, or Runaway" box and complete all STEPS of the application.

**STEP 2: ASSISTANCE PROGRAMS** – If ANY household member (child or adult) participates in CalFresh, CalWORKs, or FDPIR, then all children are eligible for free meals. Must check the applicable assistance program box, enter one case number, and then continue to STEP 4. If no one participates, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

**STEP 3: REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS** – Must report GROSS income (before deductions) from ALL household members (children and adults) in whole dollars. Enter "0" for any household member that does not receive income.

- A) Report the combined GROSS income for all students listed in STEP 1 and enter the appropriate pay period. Include a foster child's income if you are applying for foster and non-foster children on the same application.
- B) Print the names (first and last) of ALL OTHER household members not listed in STEP 1, including yourself. Report the total GROSS income from each source and enter the appropriate pay period.
- C) Enter the total household size (children and adults). This number MUST equal the listed household members from STEP 1 and STEP 3.
- D) Enter the last four digits of your Social Security number (SSN). If no adult household member has a SSN, check the "NO SSN" box.

**STEP 4: CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE** – The **application must be signed by an adult household member**. Print the name of the adult signing the application, contact information, and today's date.

**OPTIONAL: CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL IDENTITIES** – This field is optional to complete and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals. Please check the appropriate boxes.

**INFORMATION STATEMENT:** 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 are not required when you list a CalFresh, CalWORKs, or 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.

**If you have questions or need assistance contact: Student Nutrition Data Clerk at (530)458-7791 ext. 14115.**

**SUBMIT:** Please submit a complete application to your child's school or the nutrition office at 745 10th Street. You will be notified if your application is approved or denied for free or reduced-price meals.

Sincerely,  
Leasa M. Hill, Student Nutrition Director

Apreciado Padre o Tutor:

El Distrito Unificado Escolar de Colusa participa en el Programa Nacional de Almuerzo Escolar y/o Programa de Desayuno Escolar al ofrecer comidas nutritivas cada día escolar. Los alumnos pueden comprar un almuerzo por \$2.75 Elementaria/\$3.25 High School y desayuno por \$1.75 Elementaria/\$1.75 High School. Los alumnos elegibles podrán recibir comidas libres de algún costo o de tarifa de precio reducido. Ni usted ni su hijo necesitan ser ciudadanos de los EEUU para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido. Si hay más miembros en el hogar que la cantidad de líneas en la solicitud, agregue una segunda solicitud.

**CARTA A HOGARES PARA COMIDAS GRATUITAS Y TARIFA DE PRECIO REDUCIDO**

1 de julio de 2018– 30 de junio de 2019					
Personas en el hogar	Año	Mes	Dos veces por mes	Cada quincena	Semana
1	\$ 22,459	\$ 1,872	\$ 936	\$ 864	\$ 432
2	30,451	2,538	1,269	1,172	586
3	38,443	3,204	1,602	1,479	740
4	46,435	3,870	1,935	1,786	893
5	54,427	4,536	2,268	2,094	1,047
6	62,419	5,202	2,601	2,401	1,201
7	70,411	5,868	2,934	2,709	1,355
8	78,403	6,534	3,267	3,016	1,508
Por cada miembro adicional, agregue:					
	\$ 7,992	\$ 666	\$ 333	\$ 308	\$ 154

**PARA CALIFICAR:** Sus hijos califican para comidas gratis o a precio reducido si su ingreso familiar cae en o por debajo de la federal elegibilidad de ingresos abajo.

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS:** Una solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido no puede ser revisada a menos que toda las preguntas requeridas estén completas. Un hogar puede aplicar en cualquier momento durante el año escolar. Si usted no es elegible ahora pero su ingreso disminuye, aumenta de tamaño su familia, un miembro de la familia se convierte en elegible para beneficios de CalFresh, California

**COMO APLICAR PARA COMIDAS GRATUITAS O DE TARIFA REDUCIDA –** Complete una solicitud por hogar. Por favor escriba claramente con una lapicera. Información ilegible, incompleta o incorrecta retrasará el procesamiento.

**PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE –** Incluya a todos los estudiantes que asisten a Distrito Escolar Unificado de Colusa. Escriba su nombre (primer, segundo inicial, apellido), escuela, grado y fecha de nacimiento. Si cualquier estudiante es hijo de crianza, marque la casilla "Foster". Si sólo está solicitando para un niño de crianza, complete el paso 1 y luego continúe al paso 4. Si cualquier estudiante no tiene hogar, migrante o huido, marque la casilla aplicable "Sin Hogar, Migrante o Huido" y complete todos los pasos de la solicitud.

**PASO 2: PROGRAMAS DE ASISTENCIA –** Si cualquier miembro del hogar (niño o adulto) participa en CalFresh y CalWORKs, FDIPIR, entonces todos los niños son elegibles para comidas gratuitas. Debe marcar la casilla de programa de asistencia aplicable Ponga un número de caso y continúe con el paso 4. Si nadie participa, omite el paso 2 y continúe al paso 3.

**PASO 3: REPORTE TODOS LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR –** Debe reportar el ingreso BRUTO (antes de deducciones) de TODOS los miembros del hogar (niños y adultos) en dólares. Ponga "0" para cualquier miembro del hogar que no recibe ingresos.

- A) Reporte el ingreso BRUTO combinado de todos los estudiantes enumerados en el PASO 1 e indique el período de pago correspondiente. Incluya el ingreso de un hijo de crianza si usted está solicitando para hijos de crianza e hijos propios en la misma solicitud.
- B) Ponga los nombres (nombre y apellido) de TODOS LOS OTROS miembros del hogar que no aparecen en el PASO 1, inclúyase a usted mismo. Reporte el ingreso BRUTO total de cada fuente e indique el período de pago correspondiente.
- C) Indique el tamaño del hogar (niños y adultos). Este número debe ser IGUAL a los miembros del hogar mencionados de PASO 1 y PASO 3.

Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), o Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR), usted puede presentar una solicitud en ese momento.

**CERTIFICACION DIRECTA:** No es requerida una solicitud si su hogar recibe una carta notificándole que todos los niños están automáticamente certificados para comidas gratuitas. Si usted no recibió una carta, por favor complete una solicitud.

**VERIFICACION:** Los funcionarios escolares pueden consultar la información en la solicitud en cualquier momento durante el año escolar. Quizá le pidan a usted enviar información para validar su ingreso o elegibilidad para beneficios CalFresh, CalWORKs, o FDIPIR.

**PARTICIPANTES DE WIC:** Hogares que reciben beneficios del programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC), pueden ser elegible para comidas gratuitas o a precio reducido al completar una solicitud.

**SIN HOGAR, MIGRANTES, HUIDOS Y HEAD START:** Los niños que cumplen con la definición de sin hogar, migrantes o huidos y los niños que participan en el programa de Head Start de su escuela son elegibles para comidas gratuitas. Póngase en contacto con los funcionarios escolares para asistencia al (530) 458-7791

**NIÑOS DE CRIANZA:** La responsabilidad legal debe ser a través de una agencia de crianza o corte para calificar para comidas gratuitas. Un niño de crianza puede ser incluido como un miembro de la familia si la familia de crianza decide aplicar para sus propios hijos en la misma solicitud y debe reportar cualquier ingreso personal por el niño. Si los niños propios no son elegibles, esto no impide que un niño de crianza reciba comidas gratuitas.

**AUDIENCIA JUSTA:** Si usted no está de acuerdo con la decisión de la escuela con respecto a la determinación de la solicitud o el resultado de la verificación, puede discutirlo con el oficial de audiencia. Usted también tiene el derecho a una audiencia imparcial, que puede ser solicitada llamando o escribiendo a: Dwayne Newman (530) 458-7791, Colusa USD 745 10th St. Colusa, Ca. 95932

**ELIGIBILIDAD PRORROGA:** El estatus de elegibilidad de su hijo del año escolar anterior continuará hasta 30 días de clases en el nuevo año

escolar, o hasta que se haga una nueva determinación. Cuando termine el período de prórroga, se cobrará el precio completo para las comidas al niño, a menos que la familia reciba una carta de notificación para comidas gratuitas o a precio reducido. No es requerido que los funcionarios escolares envíen recordatorios o avisos de elegibilidad expirada.

**DECLARACION NO-DISCRIMINACIÓN:** Conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y normas los derechos civiles de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) y políticas, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones administradoras o participantes en programas del USDA prohíbe discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia por actividades de los derechos civiles actividad anteriores en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de signos, etc.), debe comunicarse con la agencia (estatal o local) donde aplican para beneficios. Personas sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, información del programa puede hacerse disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una queja por discriminación de programa, complete el formulario de quejas de discriminación de programa de USDA, (AD-3027) encontrado en línea en:

- [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina USDA, o escribir una carta dirigida a USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completo o carta a USDA por:
- (1) Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

D) Ponga los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN). Si ningún miembro adulto del hogar tiene un SSN, marque la casilla de "NO seguro".

**PASO 4: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y FIRMA DE ADULTO –** La solicitud debe ser firmada por un miembro adulto del hogar. Escriba el nombre del adulto que firma la solicitud, información de contacto y fecha de hoy.

**OPCIONAL: LAS IDENTIDADES ÉTNICAS Y RACIALES DE LOS NIÑOS –** Esto es opcional y no afecta la elegibilidad de su niño para las comidas gratuitas o a precio reducido. Por favor marque las casillas apropiadas.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN:** La Ley Nacional Almuerzo Escolar Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no, no podemos aprobar a su niño para las comidas gratuitas o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social del adulto miembro del hogar quien firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social no son necesarios al indicar un número de caso de CalFresh, CalWORKs o FDIPIR u otro identificador FDIPIR para su hijo o cuando indica que el adulto miembro del hogar firmando la solicitud no tiene número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para comidas gratuitas o a precio reducido y para la administración y ejecución de los programas de desayuno y almuerzo.

**PREGUNTAS/NECESITA AYUDA:** Por favor, póngase en contacto con Lupe Espindola al(530)458- ext 14116.

**SOMETA:** Por favor envíe una solicitud completa a la escuela de su hijo o a la oficina de nutrición en el 745 10th Street. Se le notificará si su solicitud es aprobada o negada para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Atentamente,  
 Leasa M. Hill, Directora de Nutrición y Alimentos

**School Year 2018-2019 Colusa Unified School District Application for Free and Reduced-Price Meals** Complete one application per household.

Please read the instructions on how to apply. Print clearly with a pen. This institution is an equal opportunity provider.

**California Education Code Section 49557(a): Applications for free and reduced-price meals may be submitted at any time during a school day. Children participating in the federal National School Lunch Program will not be overtly identified by the use of special tokens, special tickets, special serving lines, separate entrances, separate dining areas, or by any other means.**

**STEP 1 – STUDENT INFORMATION** Children in **Foster Care** and children who meet the definition of **Homeless, Migrant, or Runaway** are eligible for free meals.

Print the name of <b>EACH STUDENT</b> (First, Middle Initial, Last)	Enter <b>school name and grade level</b>		Enter <b>student's birthdate</b>	Check the applicable box if the student is <b>foster, homeless, migrant, or runaway.</b>				
	<b>EXAMPLE: Joseph P Adams</b>	<b>Lincoln Elementary</b>		<b>1st</b>	<b>12-15-2010</b>	Foster	Homeless	Migrant
					<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"/>

**STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDIPIR**

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDIPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If <b>YES</b> , check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	Select Program Type:			Enter Case Number:
	<input type="checkbox"/> CalFresh	<input type="checkbox"/> CalWORKs	<input type="checkbox"/> FDIPIR	

**STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered 'YES' in STEP 2)**

<b>A. STUDENT INCOME:</b> Sometimes students in the household earn income. Enter the <b>TOTAL GROSS</b> income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: <b>W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly</b>	Total Student Income	How Often
	\$	

**B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself):** List ALL household members not listed in STEP 1, even if they do not receive income. For each household member, report the **TOTAL GROSS** income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write "0". If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. Enter the appropriate pay period in the "How Often" box: **W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly**

Print the name of <b>ALL OTHER</b> Household Members (First and Last)	Earnings from Work	How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	

<b>C. Total Household Members</b> (Children and Adults)	<input type="text"/>	<b>D. Enter the last four digits of Social Security number (SSN) from the Primary Wage Earner or Other Adult Household Member</b>	<input type="text"/>	Check the box if <b>NO SSN</b>	<input type="checkbox"/>
--	----------------------	---	----------------------	--------------------------------	--------------------------

**STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE**

Certification: 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.

Signature of adult completing this application:		
Print Name:		
Date:	Phone Number:	
Mailing Address:		
City:	State:	Zip:
E-mail:		

**DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY**

How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income
Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12	\$
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

**OPTIONAL – CHILDREN'S ETHNIC AND RACIAL 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

**Solicitud de alimentos gratis o a precio reducido año escolar 2018-2019 Distrito Escolar Unificado de Colusa**

Llene una solicitud por familia. Lea las instrucciones que vienen adjuntas con esta solicitud. Escriba en letra imprenta y use una pluma. Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

**La sección 49557(a) del Código Educativo de California dice: “Las solicitudes de alimentos gratis o a precio reducido se pueden entregar a cualquier hora del día escolar. Los niños que participan en el National School Lunch Program no se distinguirán porque usen fichas especiales, boletos especiales, filas o entradas separadas, utilicen áreas separadas para comer, u otra cosa que los distinga de los demás”.**

**PRIMER PASO – INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** Los niños de crianza y los niños bajo las categorías ‘Sin techo, migrantes, o aquellos que han huido de casa son elegibles para el programa de alimentos gratis. Adjunto hay otra hoja por si hay más nombres.

Escriba el nombre de <b>CADA ESTUDIANTE</b> que asistirá a la escuela (Nombre, Inicial, Apellido)	Escriba el nombre de la escuela y el grado		Fecha de nacimiento del estudiante	Marque la casilla que corresponde <b>Crianza, sin techo, migrante o huyó de casa</b>			
	<b>EJEMPLO: José A. Gutierrez</b>	<b>Lincoln Elementary</b>		<b>1º</b>	<b>12-15-2010</b>	Crianza	Sin Techo
				<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"/>

**SEGUNDO PASO – PROGRAMAS DE AYUDA: CalFresh, CalWORKs, o FDPIR**

Diga si **ALGUN** miembro de la familia (incluyéndolo a usted) actualmente es parte de cualquiera de los siguientes programas de ayuda:

Si este **NO** es el caso entonces omita el PASO 2 y complete el PASO 3.

Si respondió <b>SÍ</b> , no complete el PASO 3. Marque la casilla correspondiente, escriba el número del caso y proceda al PASO número 4.	Elija el tipo de programa: <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FDPIR	Escriba el número del caso:
---	--	-----------------------------

**TERCER PASO – DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Omita este paso si contestó Si en el PASO 2)**

<b>A. INGRESO ESTUDIANTE:</b> Algunas veces los estudiantes trabajan. Por favor incluya el TOTAL de los ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en el PASO 1. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente: W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual		Total Ingreso Estudiante		Cada cuanto		
		\$				
<b>B. OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (Incluyéndolo a usted):</b> Nombre a TODOS los familiares enumerados en el PASO 1 aunque no tengan ingresos. Por cada miembro de la familia diga el TOTAL del ingreso de cada fuente y en dólares solamente. Si ellos no reciben ingreso de ningún lado, escriba “0”. Si usted coloca “0” o deja el espacio en blanco, usted certifica (promete) que no existen ingresos que declarar. Escriba el ingreso en dólares y en bruto. Escriba el periodo de pago correspondiente: W = Semanal, 2W = cada 2 semanas, 2M = Quincenal, M = Mensual, Y Anual						
Escriba el nombre de <b>TODOS</b> los miembros de la familia (Nombre y Apellido)	Salario	Cada cuanto	Asistencia pública/SSI/ Pensión alimenticia	Cada Cuanto	Pensiones/Jubilación/ Otros ingresos	Cada Cuanto
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
	\$		\$		\$	
Nº total miembros familia (Niños y adultos)	Escriba los últimos 4 dígitos del seguro social de la persona cabeza de familia (SSN) y otros adultos miembros de la familia		Marque la casilla si no tiene seguro social <input type="checkbox"/>			

**CUARTO PASO – CONTACTO Y FIRMA DEL ADULTO**

Testificación: “Yo testifico que (prometo) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he declarado todos mis ingresos. Entiendo que esta información se da al ser beneficiario de fondos provenientes del gobierno federal y que los empleados escolares pueden verificar esta información. Estoy al tanto que si doy información falsa, mis hijos pueden perder los servicios de comidas gratis, y yo puedo ser acusado bajo las leyes estatales y federales.”

Firma del adulto que llenó este formulario:		
Nombre y apellido en letra imprenta:		
Fecha de hoy:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY	
Annual Income Conversion: Weekly x52, Bi-Weekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12 How Often? <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly	Total Household Income
Total Household Size	Eligibility Status: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced-price <input type="checkbox"/> Paid (Denied)
	Verified as: <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Runaway
Determining Official's Signature:	Date:
Confirming Official's Signature:	Date:
Verifying Official's Signature:	Date:

<p><b>OPCIONAL – IDENTIDAD RACIAL Y ORIGEN ÉTNICO DE LOS NIÑOS</b></p> <p>Nos exigen pedir información sobre la raza y el origen étnico. Esta información es importante y nos ayuda a servirles mejor. El responder es opcional y no afecta la elegibilidad de los niños para que reciban comidas gratis o a precio reducido.</p> <p><b>Origen Étnico (Marque una):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino      <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p> <p><b>Raza (Marque una o más):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska   <input type="checkbox"/> Asiático   <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano o Isleño del Pacífico      <input type="checkbox"/> Blanco</p>
---