Child Nutrition Programs
2100 18th Street South
Birmingham, AL 35209
(205) 379-2285

Jefferson County Board of Education

MULTI-CHILD APPLICATION FOR FREE AND REDUCED-PRICE SCHOOL MEALS

2011-2012

4452060652

USE BLUE OR BLACK INK (USE TINTA AZUL O NEGRA) **PRINT NEATLY** (ESCRIBE CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

1 Student Information - For additional students, please refer to the instruction page

	Student's Lunch ID No. (Número de Identificación del Estudiante) (optional / opcional)	First Name (Nombre Del Estudiante)	Last Name (Apellido)	MI	"X" if foster child ("X" si niño bajo cuidado suplente)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento) (optional / opcional)	School Name (Escuela)	Grade (Grado)
1)					☐			
2)					☐			
3)					☐			
4)					☐			
5)					☐			
6)					☐			

2 Application for Homeless child (Sin hogar,el Emigrante o nino/a fugitivo/a)

If the applying child is: ☐ homeless, ☐ migrant or ☐ runaway, check appropriate box and call the Board's liaison to see if you qualify at (205) 379-2155.

3 SNAP/Food Stamps, FDPIR or TANF

If any member of your household receives Alabama SNAP, FDPIR, or Alabama TANF benefits, list the case number and skip to part 5.
Si cualquier miembro de su casa recibe SNAP o TANF beneficios, proporcionan el número de caso para la persona que recibe beneficios y vaya a Parte 5.

4 Total Household Income from Most Previous Month (You must list ALL INCOME to qualify.)

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12 Conversión Anual de Ingresos: Semanal x 52, Cada Dos Semanas x 26, Cada Quincena x 24, Mensual x 12

1. Name (Nombre) List everyone in Household - including Students listed above (Incluya a todos los integrantes del grupo familiar, incluidos los alumnos indicados anteriormente)	2. Gross Monthly Earnings from Work before deductions (Ingresos del trabajo antes de las deducciones)	3. Monthly Welfare, Child Support, Alimony (Asistencia social, pensión para hijos, pensión alimenticia)	4. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security (Pensiones, jubilación, seguro social)	5. Monthly Earnings from Job 2 or any other Monthly Income (Otros ingresos)	6. Check if NO Income (Marque si NO tiene ingresos)
1)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
2)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
3)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
4)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
5)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
6)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
7)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐
8)	$ .00	$ .00	$ .00	$ .00	☐

5 Signature and Social Security Number (Adult must sign)

An adult household member must sign the application. If Part 4 is completed, the adult signing the form must also list the last four digits of his/her Social Security Number or mark the "I do not have a Social Security Number" box. (See Privacy Act Statement on the Instruction page.) Un miembro adulto del hogar debe firmar la solitcitud. Si ha llenado la Parte 3, el adulto que firma la solicitud debe también anotar su número de seguro social o marcar la parte que dice "No tengo un número de seguro social." (Vea la Declaracion de Privacidad en las "Instrucciones para Completar la Solicitud").

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will get Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose meal benefits, and I may be prosecuted.

(Certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos han sido declarados. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales basados en la información que ha dado. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar dicha información. Entiendo que si proveo información errónea intencionalmente, mis hijos puenden perder los beneficios de alimentos y se me puede hacer proceso legal.)

X
Signature (Firma)

Printed Guardian First Name (Nombre de pila del padre/tutor)

Printed Guardian Last Name (Appellido del Padre/Tutor)

XXX - XX - ____
Last 4 of Social Security Number (Número de Seguro Social)

☐ I do not have a Social Security Number
No tengo un número de seguro social

__ / __ / ____
Date (Fecha en que se firmo)

Household Size (Número de miembros en su hogar)

Address (Dirección postal) Apt #

City (Ciudad) State (Estado) Zip Code (Código postal)

Preferred Notification Letter (Carta de Notificación Preferida)

☐ **English (Inglés)**

☐ **Spanish (Español)**

___ - ___ - ____
Home Phone (Teléfono del Hogar)

___ - ___ - ____
Work Phone (Teléfono del Trabajo)

6 Race: Please check the racial or ethnic identity of your child(ren). You are not required to answer this question.

☐ White, not Hispanic ☐ Black, not Hispanic ☐ Hispanic ☐ Asian/ Pacific Islander ☐ American Indian/ Alaskan Native ☐ Other

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. FOR CHILD NUTRITION PROGRAM ONLY.

Total Income: _____ Per: ____ Week, ____ Every 2 Weeks, ____ Twice a Month, ____ Month, ____ Year Household Size _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility Free ____ Reduced ____ Denied ____ Reason _____

Temporary: Free ____ Reduced ____ Time Period _____ (expires after _____ days)

Determining Official's Signature: _____ Date _____ Confirming Official's Signature _____ Date _____

Follow-up Official's Signature _____ Date _____ *Date of first party review* _____ *Approver's Initials* _____