

USE BLUE OR BLACK INK (USE TINTA AZUL O NEGRA)

2009-2010

PRINT NEATLY (ESCRIBE CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

**Part 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	Date of Birth (Fecha de Nacimiento) (optional / opcional)	School Name (Escuela)	Grade (Grado)	SNAP or TANF case number, if any. (Número de Caso deSNAP)
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							

If you listed a SNAP or case number for EVERY child, SKIP TO PART 5.

**Part 2 - Application for Homeless child (Sin hogar, el Emigrante o niño/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.

**Part 3 - Foster Child (Complete only if student listed above is a FOSTER CHILD - Use a separate application for each Foster Child)**

If this application is for a child who is the legal responsibility of a welfare agency or court, check here and write the child's monthly personal use income. (Si esta solicitud es para un niño que está bajo la responsabilidad legal de una agencia de asistencia social o corte, marque aquí anote la cantidad de ingresos de el niño dispone para su uso personal mensualmente)

GO TO PART 5.  
• 00 (Vaya a la Parte 5)

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

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	<input type="checkbox"/>
2)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
3)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
4)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
5)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
6)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
7)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>
8)	\$ .00	\$ .00	\$ .00	\$ .00	<input type="checkbox"/>

**Part 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 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 solicitud. 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 Declaración 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 pueden perder los beneficios de alimentos y se me puede hacer proceso legal.)

Signature (Firma) \_\_\_\_\_

Printed Guardian First Name (Nombre de pila del padre/tutor) \_\_\_\_\_ Printed Guardian Last Name (Apellido del Padre/Tutor) \_\_\_\_\_

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 # \_\_\_\_\_

Home Phone (Teléfono del Hogar) \_\_\_\_\_

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

Work Phone (Teléfono del Trabajo) \_\_\_\_\_

**Part 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.**

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

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 \_\_\_\_\_