

## Household Application for Free and Reduced-Price Meals 2015–2016

Division of Food and Nutrition Services • MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Gaithersburg, Maryland 20879  
www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv/farms/default.aspx?id=385158 - (Translations available)

<b>FOR DFNS OFFICE USE ONLY</b>	
#	_____
ELIG	_____
INITIALS	_____
DATE	_____

**Meal benefit eligibility from last school year will remain current only through September 2015 OR until a 2015-2016 application is processed.**

- Please complete in **black/blue ink (not pencil)**. If you are **NOT** applying for meal benefits, discard this form.
- If you **ARE** applying for free or reduced-price meals, first, last name and middle initial are **required**. Please provide student ID#, birth date and school to expedite processing.
- Use **ONE** application for **ALL students in the household** - including Pre-K, kindergarten, and foster - **even if they attend different schools**..

**A. STUDENT INFORMATION.** List **ALL** children enrolled in Montgomery County Public Schools. Use additional paper if needed. If **ALL** children listed are foster, homeless, migrant, runaway or head start children, skip to part D (income information not needed). List all current student income **in whole dollars before** expenses and deductions for taxes, etc., and how often it is paid: weekly (wk), every two weeks (bi-wk), twice a month (twice), or monthly (mo). If you enter '0' or leave any fields blank you are certifying (promising) that there is not income to report. If any child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway, call your school or Homeless Liaison at **301-279-3322**.

PLEASE PRINT CLEARLY Last Name	First Name	MI	Student ID #	Birth Date	School	Grade	Student Income		CHECK if student is				
							Amount	How Often	Foster	Homeless	Migrant	Runaway	Head Start
							\$		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							\$		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. CASE NUMBER.** Enter CASE NUMBER if household qualifies for FSP or TCA. Social Security numbers, Medicaid and EBT numbers are not accepted. Must be a nine digit number. If a CASE NUMBER is provided, skip to Part D.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS.** List all other people living in the household, **DO NOT INCLUDE STUDENTS LISTED IN PART A**. Your household includes all those living as one economic unit - including yourself and anyone living with you, whether or not they are related to you, including all foster children who are not listed in section A. List **all** current household income **in whole dollars before** expenses and deductions for taxes, etc., and how often it is paid: weekly (wk), every two weeks (bi-wk), twice a month (twice), or monthly (mo). If your income varies, write the amount you usually earn. If you enter '0' or leave any fields blank you are certifying (promising) that there is not income to report.

PLEASE PRINT CLEARLY Last Name	First Name	MI	EARNINGS from WORK before deductions Job 1		EARNINGS from WORK before deductions Job 2		OTHER INCOME Child Support, Alimony, TCA, Public Assistance		OTHER INCOME Pensions, Social Security, Retirement	
			Amount	How Often	Amount	How Often	Amount	How Often	Amount	How Often
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	

**D. SIGNATURE AND LAST FOUR DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER.** I certify that information on this application is true and that all income is reported. I understand that the school will receive Federal funds based on the information I give. I understand that school officials may verify the information. I understand that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted. I understand my child's eligibility status may be shared as allowed by law.

Signature, Adult in Household (required) \_\_\_\_\_

Social Security - Provide last 4 digits of primary wage earner or other household member.	*Not required if case number is entered in Part B or if children are foster, homeless, migrant, runaway or head start.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> I do not have a Social Security Number.

Print Name \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

Address (if available) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ ZIP Code \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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 are only applying for foster children, or you list a Food Supplement Program or Temporary Cash Assistance case number, 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.

Estimado Padre/Madre/Guardián:

Montgomery County Public Schools sirve desayuno y almuerzo todos los días lectivos. Si el ingreso total de su unidad familiar es igual o inferior a las cifras que figuran en el **Cuadro de Ingresos** que aparece abajo, su hijo/a podría ser elegible para recibir **comidas gratis o a precio reducido**.

Los siguientes estudiantes **podrían** ser elegibles para recibir comidas gratis:

- Estudiantes de hogares que participan en WIC

Los siguientes estudiantes podrían ser **elegibles** para recibir comidas gratis:

- Estudiantes en hogares de adopción provisoria
- Estudiantes certificados como personas sin hogar o que han huido de su hogar
- Estudiantes inscritos en el programa Migrant Education
- Estudiantes inscritos en el programa Head Start
- Estudiantes que provienen de hogares que reciben beneficios de Food Supplement Program (FSP) o de Temporary Cash Assistance (TCA)

**NO SE EXIGE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE PARA SER ELEGIBLE PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO**

<b>TABLA DE INGRESO</b>			
<b>CANTIDAD DE PERSONAS EN LA UNIDAD FAMILIAR</b>	<b>INGRESO</b>		
	<b>ANUAL</b>	<b>MENSUAL</b>	<b>SEMANAL</b>
1.....	\$ 21,775	1,815	419
2.....	29,471	2,456	567
3.....	37,167	3,098	715
4.....	44,863	3,739	863
5.....	52,559	4,380	1,011
6.....	60,255	5,022	1,159
7.....	67,951	5,663	1,307
8.....	75,647	6,304	1,455
Por cada miembro adicional de la familia agregue . . . .	\$ 7,696	642	148

<b>INGRESO A REPORTAR</b>	
Reporte todos ingresos en dólares enteros antes de que se deduzcan o se retiren impuestos, seguro, y otros gastos.	
Sueldo, Salarios, Propinas Beneficios por Huelga Subsidio por Desempleo Compensación al Trabajador Ingreso Proveniente de una Granja o de un Negocio Propio Temporary Cash Assistance (TCA) Pensión Conyugal y Sustento de Menores Pensiones e Ingreso por Jubilación Todo Ingreso de Seguro Social, incluyendo el ingreso Suplementario de Seguro Social (Supplemental Social Security)	Efectivo Proveniente de Ahorros Pagos a Veteranos Beneficios por Discapacidad Interés, Dividendos Ingreso Inmobiliario y Fideicomiso Ingreso de Inversiones Ingreso proveniente de cualquier persona que no vive en la unidad familiar Derechos de Autor, Renta Vitalicia TODOS los demás ingresos
<b>NOTA:</b> Si usted pertenece a la Iniciativa de Vivienda Militar Privatizada (Military Privatized Housing Initiative) o si recibe pago por combate, no reporte estos beneficios como ingreso.	

Todas las comidas que se sirven deben cumplir con las normas de nutrición establecidas por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture-USDA). Si un médico ha determinado que un estudiante tiene una discapacidad que le impide consumir comidas regulares en la escuela, la escuela realizará las sustituciones recetadas por el médico sin cargo adicional por dicha comida. Si usted cree que su hijo/a necesita sustituir alimentos por causa de una discapacidad, por favor comuníquese con nosotros para más información.

**PARA RECIBIR COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO, SE DEBERÁ LLENAR UNA NUEVA SOLICITUD CADA AÑO, A MENOS QUE A USTED SE LE HAYA INFORMADO QUE SU HIJO/A ES ELEGIBLE PARA EL NUEVO CICLO ESCOLAR.**

**Confidencialidad**—Las autoridades escolares usan la información de la solicitud para determinar si su hijo/a debería recibir comidas gratis o a precio reducido. Además, el nombre y condición de elegibilidad de su hijo/a podrían ser:

- Suministrados a autoridades locales de Title 1 para propósitos de asignación y evaluación.
- Utilizados para análisis de Evaluación Nacional del Progreso Educativo (National Assessment of Educational Progress) u otros propósitos autorizados.
- Suministrados a otros programas Federales o Estatales de educación o programas Estatales de salud.

**Se prohíbe cualquier otro uso de esta información.**

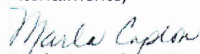
**Solicite Comidas**—Usted puede solicitar comidas en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted no reúne los requisitos en este momento, puede volver a presentar una solicitud en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted se queda sin empleo, podría reunir los requisitos para recibir beneficios de comida durante el tiempo que esté sin trabajar.

**Verificación**—Las autoridades escolares podrían pedirle un comprobante de su ingreso o de sus beneficios de Food Supplement Program (FSP) (anteriormente conocido como Food Stamps), o de TCA en cualquier momento durante el ciclo escolar. Si usted no puede presentar un comprobante, su hijo/a podría dejar de recibir comidas gratis o a precio reducido.

**Audiencia Imparcial**—Si usted no está de acuerdo con la decisión con respecto a los beneficios de comidas para su hijo/a o los resultados de la Verificación, usted puede hablar con las autoridades escolares. Además, usted puede solicitar una audiencia imparcial llamando o escribiendo a:

**Director, Department of Materials Management**  
8401 Turkey Thicket Drive  
Gaithersburg, MD 20879  
Teléfono: (301) 284-4900

Por favor póngase en contacto con Montgomery County Public Schools para obtener documentos referentes al programa en otros idiomas, o si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud: (301) 284-4900 (usted puede llamar a cargo revertido) o al número de retransmisión de Maryland (Maryland Relay): (800) 735-2258.

Atentamente,  
  
Marla R. Caplan, Directora  
Division of Food and Nutrition Services

**Declaración de No Discriminación:** El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo basado en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género, identidad de género, religión, represalia, y cuando corresponda, ideas políticas, estado civil, condición familiar o de los padres, orientación sexual, o todo o parte del ingreso de un individuo derivado de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en un empleo o en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja de Derechos Civiles por discriminación del programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación del Programa USDA, que se encuentra en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar un formulario. Usted también puede redactar una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442, o por correo electrónico dirigido a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas que son sordas, con discapacidad auditiva, o que tienen discapacidades del habla pueden contactarse con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service), (800)877-8339, ó (800) 845-6136 (en español). USDA es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades de empleo y en la prestación de servicios.

*El Departamento de Educación del Estado de Maryland (Maryland State Department of Education) no discrimina basado en edad, ancestro/origen nacional, color, discapacidad, identidad/expresión de género, estado civil, raza, religión, género, u orientación sexual en asuntos que afectan al empleo o en la provisión de acceso a programas y actividades, y provee acceso equitativo a Boy Scouts y a otros grupos juveniles designados. Para consultas relacionadas con las políticas del Departamento, por favor póngase en contacto con: Equity Assurance and Compliance Office, Office of the Deputy State Superintendent for Finance and Administration, Maryland State Department of Education, 200 W. Baltimore Street - 6th Floor, Baltimore, Maryland 21201-2595, (410) 767-0426 – voz (410) 767-0431 – fax (410) 333-6442 - TTY/TDD.*

**Opcional) Identidades Étnicas y Raciales de los Niños**

Usted no tiene la obligación de responder esta pregunta para obtener los beneficios de alimentos. Esta información ayudará a asegurar que todos reciban un trato justo.

**Seleccione una etnicidad:**  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

**Seleccione uno o más (sin importar la etnicidad):**

- Asiático  Blanco  Negro o Afroamericano  
 Indígena Americano o Nativo de Alaska  Originario de Hawái o Isoleño de Otra Isla del Pacífico

**Compartiendo Información con Otros Programas**

El estado de elegibilidad de su hijo/a podría ser utilizado para otros propósitos autorizados, ser compartido con funcionarios locales de Title 1, y ser utilizado para análisis de Evaluación Nacional del Progreso Educativo. Su familia podría también ser elegible para recibir beneficios bajo el Programa de Complemento Alimenticio (FSP, por sus siglas en inglés) o del programa Women's, Infants, and Children (WIC).

Para compartir su información con estos programas, **debemos contar con su permiso**. Su decisión al respecto no cambiará en nada que su hijo/a reciba o no comidas gratis o a precio reducido. Si usted desea que se comparta información con FSP o WIC, marque **SÍ** en el casillero que aparece abajo. Usted podría recibir una llamada para que presente una solicitud para beneficios de FSP o WIC.

**SÍ, deseo** que la información de la Solicitud Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido se comparta con FSP.  
 **SÍ, deseo** que la información de la Solicitud Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido se comparta con WIC.

Los niños que son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido en la escuela podrían también obtener seguro de salud gratuito o a bajo costo a través de Medicaid o a través de MD Children's Health Insurance Program (MCHIP). La ley nos permite informar a Medicaid y a MCHIP que su hijo/a es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, a menos que usted diga que No. Su decisión al respecto no cambiará en nada que su hijo/a reciba o no comidas gratis o a precio reducido. Si usted **no** desea que la información sea compartida con Medicaid o con MCHIP, marque el casillero que dice  **NO**.

Division of Food and Nutrition Services  
**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS**  
 8401 Turkey Thicket Drive • Gaithersburg, Maryland 20879

Dear Parent or Guardian:

Montgomery County Public Schools serve breakfast and lunch every school day. If your total household income is the same or less than the amounts on the **Income Chart** below, your child may qualify for **free or reduced-price** meals.

The following students **may** be eligible for free meals:

- Students in households participating in WIC

The following students **qualify** for free meals:

- Foster Children
- Students certified as homeless or runaway
- Students enrolled in the Migrant Education program
- Students enrolled in the Head Start program
- Students in households receiving Food Supplement Program (FSP) or Temporary Cash Assistance (TCA)

**US CITIZENSHIP IS NOT REQUIRED TO QUALIFY FOR FREE OR REDUCED-PRICE MEALS.**

<b>INCOME CHART</b>			
<u>NUMBER IN HOUSEHOLD</u>	<u>INCOME</u>		
	ANNUAL	MONTHLY	WEEKLY
1 .....	\$ 21,775	1,815	419
2 .....	29,471	2,456	567
3 .....	37,167	3,098	715
4 .....	44,863	3,739	863
5 .....	52,559	4,380	1,011
6 .....	60,225	5,022	1,159
7 .....	67,951	5,663	1,307
8 .....	75,647	6,304	1,455
For each additional family member add: .....	\$ 7,696	642	148

<b>INCOME TO REPORT</b>	
Report all income in <b>whole dollars before</b> taxes, insurance, and other expenses are deducted or taken out.	
Wages, Salaries, Tips Strike benefits Unemployment Compensation Worker's Compensation Income from self-owned farm or business Temporary Cash Assistance (TCA) Alimony and Child support Pensions and Retirement Income All Social Security Income, including Supplemental Social Security income	Cash from savings Veteran's payments Disability benefits Interest, Dividends Income from Estates and Trusts Investment Income Income from anyone not living in the household Royalties, Annuities ALL other income
<b>NOTE:</b> If you are in the Military Privatized Housing Initiative or get combat pay, do not report these allowances as income.	

All meals served must meet nutrition standards established by the U.S. Department of Agriculture. If a child has been determined by a doctor to have a disability that would prevent the child from eating a regular school meal, the school will make substitutions prescribed by the doctor at no extra charge for the meal. If you believe your child needs substitutions because of a disability, please contact us for further information.

**IN ORDER TO RECEIVE FREE OR REDUCED-PRICE MEALS, A NEW MEAL BENEFIT APPLICATION MUST BE COMPLETED EVERY YEAR UNLESS YOU WERE TOLD THAT YOUR CHILD IS ELIGIBLE FOR THE NEW SCHOOL YEAR.**

**Confidentiality** - School officials use the information on the application to determine if your children should get free or reduced-price meals. Also, the name and eligibility status of your children may be:

- Given to local Title 1 officials for allocation and evaluation purposes.
- Used for National Assessment of Educational Progress analyses or other authorized purposes.
- Given to other Federal and State education or State health programs.

**No other use of this information is permitted.**

**Apply for Meals** - You may apply for meals anytime during the school year. If you do not qualify now, you may reapply anytime during the school year. If you become unemployed, you may become eligible for meal benefits during the time you are unemployed.

**Verification** - School officials may ask you for proof of your income or Food Supplement Program (FSP) (formerly Food Stamps) or TCA benefits at any time during the school year. If you are unable to provide proof, your children may no longer receive free or reduced-price meals.

**Fair Hearing** - You may talk to school officials if you do not agree with the decision about your children's meal benefits or the results of Verification. You also may ask for a fair hearing by calling or writing to:

**Director, Department of Materials Management**  
 8401 Turkey Thicket Drive  
 Gaithersburg, MD 20879  
 Telephone: (301) 284-4900

Please contact Montgomery County Public Schools for program documents in other languages upon request, or if you need assistance with completing this application: (301) 284-4900 (you may call collect) or Maryland Relay number (800) 735-2258.

Sincerely,



Marla R. Caplon, Director  
 Division of Food and Nutrition Services

**Nondiscrimination Statement:** The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited basis will apply to all programs and/or employment activities.)

If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

*The Maryland State Department of Education does not discriminate on the basis of age, ancestry/national origin, color, disability, gender identity/expression, marital status, race, religion, sex, or sexual orientation in matters affecting employment or in providing access to programs and activities and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. For inquiries related to Department policy, please contact: Equity Assurance and Compliance Office, Office of the Deputy State Superintendent for Finance and Administration, Maryland State Department of Education, 200 W. Baltimore Street - 6th Floor, Baltimore, Maryland 21201-2595, (410) 767-0426 voice - (410) 767-0431 fax - (410) 333-6442 TTY/TDD.*

**(Optional) Children's Ethnic and Racial Identities**

You are not required to answer this question to get meal benefits. This information will help to ensure that everyone is treated fairly.

- Choose one ethnicity: Choose one or more (regardless of ethnicity):
- Hispanic/Latino  Asian  White  Black or African American
- Not Hispanic/Latino  American Indian or Alaska Native
- Native Hawaiian or other Pacific Islander

**Sharing Information With Other Programs**

The eligibility status of your children may be used for other authorized purposes, shared with local Title 1 officials, and used for National Assessment of Educational Progress analyses. Your family may also be eligible to receive benefits under the Food Supplement Program (FSP) or the Women, Infants, and Children (WIC) Program.

To share your information with these programs, **we must have your permission.** Your decision will not change whether your children receive free or reduced-price meals. If you want information shared with FSP or WIC check the YES below. You may be contacted about submitting an application for the FSP or WIC.

- Yes, I want information shared from the Free and Reduced-Price Meal Benefit Application with FSP,  
 Yes, I want information shared from the Free and Reduced-Price Meal Benefit Application with WIC.

Children eligible for free or reduced-price school meals may also be able to get free or low-cost health insurance through Medicaid or the MD Children's Health Insurance Program (MCHIP). The law allows us to inform Medicaid and MCHIP that your children are eligible for free or reduced-price meals, unless you say No. Your decision will not change whether your children receive free or reduced-price meals. If you do not want information shared with Medicaid or MCHIP, check **NO**.



# Solicitud 2015–2016 de la Unidad Familiar Para Recibir Comidas Gratis o a Precio Reducido

DIVISION OF FOOD & NUTRITION SERVICES • MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS • Gaithersburg, Maryland 20879

[www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv/farms/default.aspx?id=385158](http://www.montgomeryschoolsmd.org/departments/foodserv/farms/default.aspx?id=385158)—(Traducciones disponibles)

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA DE DFNS (FOR DFNS OFFICE USE ONLY)

# \_\_\_\_\_  
 ELIG \_\_\_\_\_  
 INITIALS \_\_\_\_\_  
 DATE \_\_\_\_\_

**La elegibilidad para beneficios de comidas del pasado ciclo escolar permanecerá vigente solamente hasta septiembre 2015 O hasta que se haya procesado una solicitud para 2015–2016.**

- Por favor complete con **tinta negra/azul (no con lápiz)**. Si usted **NO** está solicitando beneficios de comidas, descarte este formulario.
- Si usted **ESTÁ** solicitando comidas gratis o a precio reducido, **se requiere** nombre, inicial del segundo nombre, y apellido. *Por favor provea número de estudiante, fecha de nacimiento, y escuela para acelerar el proceso.*
- Llene **UNA** sola solicitud para **TODOS los estudiantes en su unidad familiar**, incluyendo estudiantes en Pre-K, kindergarten, y en adopción provisoria (foster care) **aunque concurren a escuelas diferentes.**

**A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE.** Enumere a **TODOS** los estudiantes matriculados en Montgomery County Public Schools. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja adicional. Si **TODOS** los estudiantes enumerados están bajo adopción provisoria, no tienen hogar, son migrantes, fugados del hogar, o niños en Head Start, prosiga directamente a la Parte D (no se necesita información de ingresos). Indique todo el ingreso corriente del estudiante en dólares enteros antes de gastos y deducciones de impuestos, etc., e indique la frecuencia del pago: semanal (wk), cada dos semanas (bi-wk), dos veces al mes (twice), o mensual (mo). Si usted escribe '0' o deja cualquier casillero en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso que reportar. Si alguno de los niños para quien está solicitando no tiene hogar, es migrante, o está fugado de su hogar, llame a su escuela o al Enlace para Personas Sin Hogar (Homeless Liaison), al teléfono **(301) 279-3322**.

ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA/MOLDE Apellido	Nombre	Inicial	No. de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del Estudiante		INDIQUE si el estudiante				
							Cantidad	Frecuencia	ESTÁ EN ADOCIÓN PROVISORIA	NO TIENE HOGAR	ES MIGRANTE	ESTÁ FUGADO DEL HOGAR	ESTÁ EN HEAD START
							\$		<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"/>	<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"/>

**B. NÚMERO DE CASO.** Escriba el NÚMERO DE CASO si su unidad familiar reúne los requisitos para FSP o TCA. No se aceptan números de seguro social (Social Security), Medicaid, y EBT. Debe ser un número de nueve dígitos. *Si se suministra un NÚMERO DE CASO, prosiga directamente a la Parte D.*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C. TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR.** Enumere a todas las demás personas que viven en su unidad familiar, **NO INCLUYA A LOS ESTUDIANTES QUE FIGURAN EN LA PARTE A**. Su unidad familiar incluye a todas aquellas personas que viven bajo una unidad económica—incluyendo a usted y a cualquier otra persona que viva con usted, sean o no parientes suyos, incluyendo a todos los niños en adopción provisoria que no figuran en la Parte A. Incluya **todo** ingreso corriente de la unidad familiar en dólares enteros antes de gastos y deducciones de impuestos, etc., y la frecuencia del pago: semanalmente (wk), cada dos semanas (bi-wk), dos veces al mes (twice), o mensualmente (mo). Si su ingresos varía, escriba la cantidad que usted gana generalmente. Si usted escribe '0' o deja cualquier casillero en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ningún ingreso que reportar.

ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA/MOLDE Apellido	Nombre	Inicial	INGRESOS de TRABAJO antes de deducciones Trabajo No. 1		INGRESOS de TRABAJO antes de deducciones Trabajo No. 2		OTRO INGRESO Sustento de Menores, Pensión Conyugal, TCA, Asistencia Pública		OTRO INGRESO Pensiones, Seguro Social, Jubilación	
			Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia	Cantidad	Frecuencia
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	
			\$		\$		\$		\$	

**D. FIRMA Y LOS ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL.** Certifico que la información suministrada en esta solicitud es veraz y que todo ingreso ha sido reportado. Entiendo que la escuela recibirá fondos Federales basado en la información que yo suministro. Entiendo que las autoridades escolares pueden verificar la información. Entiendo que si yo suministro información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de comida, y yo podría ser procesado/a. Entiendo que el estado de elegibilidad de mi hijo/a puede ser compartido según lo permite la ley.

Firma, Persona Adulta la Unidad Familiar (obligatoria) \_\_\_\_\_

Seguro Social—Provea los últimos 4 dígitos del número del principal asalariado/a u otro miembro de la unidad familiar.	*No es obligatorio si se ingresa el número de caso en la Parte B o si hay niños en adopción provisoria, sin hogar, migrantes, fugados del hogar, o en Head Start.					No tengo un Número de Seguro Social (Social Security Number) <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	--	--	---

Nombre en Letra de Imprenta/Molde \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio (si hay) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La Ley Nacional de Almuerzo Escolar Richard B. Russell (Richard B. Russell National School Lunch Act) exige la información en esta solicitud. Usted no tiene la obligación de suministrar la información, pero de no hacerlo, no podemos aprobar las comidas gratis o a precio reducido para su hijo/a. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de la persona adulta de la unidad familiar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social no son obligatorios cuando la solicitud es únicamente para beneficio de un estudiante en un hogar de adopción provisoria, o si la persona suministra un número de caso del Programa de Complemento Alimenticio (Food Supplement Program FSP) o de Asistencia Monetaria Provisoria (Temporary Cash Assistance TCA), o cuando usted indica que el adulto de la unidad familiar que firma la solicitud no tiene un número de seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido y para la administración y manejo de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS compartir su información de elegibilidad con programas educativos, de salud, y de nutrición para ayudar a evaluar, destinar fondos, o determinar los beneficios de sus programas, auditores para la fiscalización del programa, y oficiales de policía para la investigación de violaciones de los reglamentos del programa.