

APPLY ONLINE NOW @
 www.myschoolapps.com

If you **DO NOT** wish to apply for meal benefits, check the box and complete **STEPS 1 and 4**

USE BLACK INK ONLY and PRINT NEATLY
(Instructions are on the back)

STEP 1 LIST ONLY THE STUDENTS ATTENDING LAUSD SCHOOLS & EARLY EDUCATION CENTERS
 If more spaces are required for additional names, please attach additional sheet(s).

Birthdate	M M		D D		Y Y		First Name	MI	Last Name	School Name	Foster Child	Migrant, Runaway, Homeless
1												
2												
3												
4												
5												
6												

HOMELESS Students Contact the Homeless office at 213-202-7581

STEP 2 Do any household members (including yourself) currently participate in one of the following assistance programs?

CalWORKs/ CalFresh, TANF, or FDPIR
If yes, write the CASE # below:

Case # ALWAYS starts with a letter
 DO NOT LIST EBT CARD #

Sometimes children in the household earn income. Please include the TOTAL income earned by all students listed in STEP 1 here if no income enter "0"

\$

How often? Weekly Bi Weekly 2x Month Monthly

Case #:

STEP 3 ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS List all household members not included in STEP 1 (including yourself and infants) even if they do not receive income. If income is received by any person listed, report the total amount from each source in whole dollars only and select the correct how often box. For members with no income from any source either leave the field blank or place a "0" under the appropriate column. If you enter "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Print Names of other household members

First Name	MI	Last Name	Earnings from Work				Public Assistance/ Child Support/Alimony				Pensions/Retirement/ All Other Income									
			Weekly	Bi Weekly	2x Month	Monthly	Weekly	Bi Weekly	2x Month	Monthly	Weekly	Bi Weekly	2x Month	Monthly						

Total Household Members (children and adults)

Last 4 digits of Social Security number of adult signing the application OR I DO NOT have a Social Security Number (check box)

Children's Race and Ethnicity Identities (optional)

Mark one or more racial identities:

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

Mark one ethnic identity:

- Of Hispanic or Latino Origin
- Not of Hispanic or Latino Origin

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REC'D.

HS H INC

F R NE

REVIEWER

DATE

STEP 4 I certify that all of the information provided is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, that school officials may verify the information. Any deliberate misrepresentation of the information may lead to children losing benefits and may subject me to prosecution under applicable State Federal laws.

Signature of adult household member listed above

Printed name of adult signing this application

e-mail address (optional)

Today's Date

Instructions on how to fill out a meal application.

You may complete this application online at www.myschoolapps.com.

If you DO NOT wish to apply for meal benefits, check the box (I DO NOT wish to apply box) and complete STEPS 1 and 4.

4 Ways to Complete a Meal Benefits Application:

Remember to sign the application and mail it back to the Food Services Division in the provided envelope OR turn it in to the Cafeteria.

1. Households receiving CalFresh, CalWORKs, or FDPIR – Complete Step 1, Step 2 and Step 4 ONLY

Step 1 – List all students attending LAUSD schools and Early Education Centers. Complete Date of Birth, First and Last names and school name; check box if foster, migrant, runaway or homeless.

Step 2 – Enter CalFresh, CalWORKs, or FDPIR case number.

Step 4 – The adult household member completing the form **MUST** sign the application, print their name and enter the date. Your address and phone numbers are optional, but are helpful if there are questions and your application cannot be processed. A social security number is not required.

2. Households with ONLY FOSTER CHILDREN – Complete Step 1 and Step 4

Step 1 – List Date of Birth, First and Last Names of all Foster Children; check the Foster child box. Enter the child's earned income if any; DO NOT include the payment received to care for the foster child, this is not considered income. Foster students can be included on the same application along with other students.

Step 4 – On an application for only foster child/ren, only the signature of the adult household member completing the form **is required**; print their name and enter the date.

3. Households with both FOSTER and OTHER STUDENTS, Complete Step 1, Step 3 and Step 4 ONLY

Step 1 – List Date of Birth, First and Last Names of both foster and other students attending LAUSD schools and Early Education Centers.

Step 3 – List all other household members (including yourself). For each household member listed, report total income for each source AND check the correct "how often box". Next enter the total number of household members **and the last 4 #s of the social security number of the person signing the form. If you do not have a SS#, check the box "I do not have a social security number"**.

Step 4 – Sign print your name on the form and enter the date.

4. Households applying based on INCOME – Complete Step 1, Step 3 and Step 4 ONLY

>>>PLEASE COMPLETE ONE APPLICATION PER HOUSEHOLD<<<

Step 1 – List Date of Birth, First and Last Names of all students attending LAUSD schools and Early Education Centers. Add the total income earned by all students listed in Step 1 and enter the TOTAL in the box below students names. If no income enter a "0".

Step 3 – List all other household members (including yourself). List income for each household member by source, check the correct how often box OR leave income box blank if no income. Next enter the total number of household members **and the last 4 #s of the social security number of the person signing the form. If you do not have a SS#, check the box "I do not have a social security number"**.

Step 4 – The adult household member signing the form **MUST be listed in Step 3. Sign, print your name on the form and enter the date.**

Print legibly. The application form will be electronically scanned.

>Print in block letters and use **BLACK INK**

A N N A not a n n a

> If you need more space, use the adjoining space

> If you need more lines, attach another sheet of paper with the student information

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 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 any other means.

Privacy Act Statement: National School Lunch Act (Section 9) requires that, unless your child's CalFresh, CalWORKs, or FDPIR case number is provided, you must include the last 4 numbers of the social security number of the adult household member signing the application or indicate that the household member signing the application does not have a social security number. Provision of a social security number is not mandatory, but the application cannot be approved if a social security number is not provided or an indication is not made that the signer does not have such a number. The social security number may be used to identify the household member in carrying out efforts to verify correct information provided on the application. These verification efforts may be carried out through program reviews, audits, and investigations; and may include contacting employers to determine income, contacting the State's Employment Development Department or local welfare offices to determine the amount of benefits received, and checking the documentation produced by household members to prove the amount of income received. Reporting incorrect information may result in loss or reduction of the household program benefits, or in administrative claims and/or legal actions against household members.

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, 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 Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

Si **NO** desea solicitar beneficios de alimentos, marque la casilla y llene los PASOS 1 y 4

UTILICE SÓLO TINTA NEGRA y ESCRIBA CLARAMENTE
(instrucciones están en la parte posterior)

APLICAR EN LINEA AHORA @
www.myschoolapps.com

PASO 1 ANOTE SOLAMENTE A LOS ALUMNOS QUE ASISTEN A LAS ESCUELAS DE LAUSD Y CENTROS DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
Si necesita más espacio para nombres adicionales, favor de adjuntar una hoja adicional.

Fecha de nacimiento			Nombre	I	Apellido	Nombre de la Escuela	Niño en Hogar de Crianza	Migrante o Huyo de Hogar
M	M	D D A A						
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estudiantes sin hogar
Comuníquese con la Oficina de Servicios para Estudiantes sin Hogar al 213-202-7581

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) participan actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia?:

CalWORKs/ CalFresh, TANF, or FDPIR
Si es afirmativo, escriba su # de CASO abajo
El # del Caso SIEMPRE comienza con una letra
NO LISTE SU # DE TARJETA EBT

A veces los niños en el hogar tienen ingresos. Por favor incluir el total de ingresos ganados por todos los estudiantes enumerados en PASO 1 Si no tiene ingresos escriba "0"

\$

¿Con qué frecuencia?

Semanal Quincenal 2 veces al mes Mes

de Caso:

SI SE INTRODUCE UN NÚMERO DE CASO **OMITA EL PASO 3 Y VAYA AL PASO 4**

PASO 3 **TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR** Anote a todos los miembros del hogar que no figuran en el PASO 1 (incluya a los bebés y usted mismo), incluso si no reciben ingresos. Si un ingreso es recibido por cualquier persona en la lista, reporte la cantidad total recibida por cada fuente, únicamente en dólares. Si no reciben ingresos de ninguna fuente escriba "0". Si escribe "0" o lo deja en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingresos para reportar.

Escriba los nombres de los otros miembros del hogar		Ingresos del empleo				Prestación social/manutención				Pagos de pensión, jubilación o seguro social			
Nombre	I Apellido	Con qué frecuencia?				Con qué frecuencia?				Con qué frecuencia?			
		Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes	Semanal	Quincenal	2 veces al mes	Mes

Identidad étnica/racial de los niños (opcional)

Marque una o más identidades raciales:

Indio Americano o Nativo de Alaska
 Negro o Afro - Americano
 Hawaiano o Isleño del Pacífico
 Asiático
 Blanco

Marque una identidad racial:

De Origen Latino o Hispano
 No de Origen Latino o Hispano

Total de miembros del hogar (niños y adultos)

Ultimos cuatro dígitos del número del Seguro Social del adulto que firma esta solicitud

NO TENGO un Número de Seguro Social (Marque el cuadro)

Declaración de privacidad esta localizada en la Hoja de Instrucción

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REC'D.

HS H INC

F R NE

REVIEWER

DATE

PASO 4 Hago constar que toda la información es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en conexión con la concesión de fondos Federales, que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Al proporcionar información incorrecta el estudiante puede perder los beneficios alimenticios y se me podría procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales correspondientes.

Firma del miembro adulto de la familia listado arriba

Nombre (con letra de molde) del adulto que firmó esta solicitud

correo electrónico (opcional)

Form # 53211-05-2016

Instrucciones para llenar la solicitud del programa de alimentos

Usted puede llenar una solicitud en línea en la página web www.myschoolapps.com.

Si **NO** desea solicitar beneficios de comida, marque la casilla (la casilla **NO DESEO** aplicar) y llene los PASOS 1 y 4.

4 Maneras de llenar la Solicitud para los Beneficios de Alimentos:

Recuerde de firmar la Solicitud para los Beneficios de Alimentos y envíe inmediatamente por correo la solicitud en el sobre proporcionado a la Oficina de Servicios para la Alimentación o entregarla a la cafetería de la escuela.

1. Hogares que reciben los beneficios de CalFresh, CalWORKs, o FDPIR – Llenar SOLAMENTE el 1º Paso, 2º Paso y 4º Paso

1º Paso – Liste todos los estudiantes que asisten a escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar. Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre, apellido y nombre de la escuela, marque la casilla si es niño en hogar de crianza, migrante, huyo del hogar o estudiante sin hogar.

2º Paso – Escriba el número del caso de CalFresh, de CalWORKs, o de FDPIR que recibe.

4º Paso – El adulto del hogar que está llenando el formulario **DEBERÁ** firmar la solicitud, escribir en letra de molde su nombre y apellido y poner la fecha. No se requiere su dirección y número de teléfono pero son de ayuda si tuviéramos preguntas y no pudiéramos diligenciar su solicitud. No se requiere el número del Seguro Social.

2. Hogares SOLAMENTE con NIÑOS DE HOGAR DE CRIANZA – Llenar el 1º Paso y 4º Paso

1º Paso – Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre y apellido; marque la casilla niño en hogar de crianza. Introduzca el ingreso del niño si hay, **NO** incluya el pago recibido por el cuidado de niños en hogar de crianza, esto no se considera ingreso. Estudiantes en hogar de crianza pueden ser incluidos en la misma solicitud, junto con otros estudiantes.

4º Paso – En una solicitud de sólo niño/s en hogar de crianza sólo la firma del miembro adulto del hogar que completó la solicitud es necesaria, escriba su nombre y la fecha.

3. Hogares que incluyen tanto NIÑOS EN HOGAR DE CRIANZA y OTROS ESTUDIANTES – Llenar el 1º Paso, 3º Paso y 4º Paso

1º Paso – Liste la fecha de nacimiento, el nombre y apellido tanto de hijo de crianza y otros estudiantes que asisten a las escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar.

3º Paso – Agregar el resto de los miembros del hogar (incluido usted). Para cada miembro del hogar en la lista, informe el ingreso total de cada fuente y marque la casilla correcta de **con qué frecuencia**. Siguiendo, enumere los miembros totales del hogar y los últimos 4 números del seguro social de la persona que firma la solicitud o indicar que no tienen uno marcando la casilla "No tengo un número de seguro social".

4º Paso – Firme y escriba su nombre en el formulario y escriba la fecha.

4. Hogares que presentan la solicitud con base en los INGRESOS – Llenar SOLAMENTE el 1º Paso, 3º Paso y 4º Paso

>>>FAVOR DE COMPLETAR UNA SOLICITUD POR CADA HOGAR<<<

1º Paso – Llene los espacios con la fecha de nacimiento, el nombre, apellido de cada estudiante que asisten a escuelas del LAUSD y Centros de Educación Preescolar. Introduzca los ingresos totales obtenidos por todos los estudiantes listados en el 1º PASO e ingrese el TOTAL en los espacios debajo de los nombres de los estudiantes. Si no hay ingresos, escriba "0".

3º Paso – Agregar el resto de los miembros del hogar (incluido usted). Liste el ingreso de cada miembro del hogar por fuente, marque la casilla correcta de **con qué frecuencia** o deje casilla de ingresos en blanco si no hay ingresos. Siguiendo, enumere los miembros totales del hogar y los últimos 4 números del seguro social de la persona que firma la solicitud o indicar que no tienen uno marcando la casilla "No tengo un número de seguro social".

4º Paso – El adulto del hogar que está firmando la solicitud **DEBERÁ** estar listado en el 3º paso. Firme y escriba su nombre en el formulario y escriba la fecha.

Escriba con letra clara. El formulario de solicitud se escaneará > Escriba en letras mayúsculas y **USE TINTA NEGRA**

A	N	N	A
---	---	---	---

 no

a	n	n	a
---	---	---	---

> Si necesita más espacio, utilice el espacio siguiente

> Si requiere más renglones, adjunte una hoja que contenga la información del alumno.

Código de Educación de California – Artículo 49557(a): Las solicitudes para alimentos gratuitos o a precios reducidos pueden entregarse en cualquier momento de la jornada escolar. Los niños que participan en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares no serán destacados mediante fichas, vales, o filas del bufete especiales, entradas y áreas de comedor separadas, o ninguna otra medida.

Declaración de la Ley para la Privacidad: Ley Nacional de Almuerzos Escolares (Artículo 9) exige que, salvo que se proporcione el número de caso para CalFresh, CalWORKs, o FDPIR que se le otorgue a su niño, incluya el número de seguro social del adulto en el hogar que firma la solicitud, o indicar que dicho adulto no tiene un número de seguro social. **NO** es obligatorio proporcionar un número de seguro social pero, la solicitud no podrá ser aprobada sin dar un número de seguro social o sin indicar que la persona que firma no tiene un número. El número del seguro social se podrá utilizar para identificar al miembro del hogar al tratar de verificar si la información proporcionada en la solicitud es correcta. Estas gestiones de verificación se podrán llevar a cabo mediante revisiones del programa, auditorías e investigaciones; y podrían incluir contactar al empleador para determinar los ingresos, al Departamento Estatal de Empleos (Employment Development Department) o las oficinas locales de beneficios sociales (welfare) para determinar el monto de los beneficios recibidos, y verificar la documentación presentada por los miembros del hogar a fin de aprobar el monto de ingresos recibidos. El proporcionar información incorrecta podría acarrear como consecuencia la pérdida o reducción de los beneficios del programa que recibe el hogar, o reclamos administrativos y/o demandas contra los miembros del hogar.

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 necesiten 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 solicitaron 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.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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.