

## Media Release for Free and Reduced-Price Meals Sample

*Timpson ISD* announced its policy today for providing free and reduced-price meals for children served under the attached current income eligibility guidelines. Each school/site or the central office has a copy of the policy, which may be reviewed by anyone on request.

Starting on *August 21, 2019* will begin distributing letters to the households of the children in the district about eligibility benefits and any actions households need to take to apply for these benefits. Applications also are available at *any campus office or the office of the Child Nutrition Director*.

### Criteria for Free and Reduced-Price Meal Benefits

The following criteria will be used to determine a child's eligibility for free or reduced-price meal benefits:

#### *Income*

1. Household income that is at or below the income eligibility levels

#### *Categorical or Automatic Eligibility*

2. Household receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF); or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)

#### *Program Participant*

3. Child's status as a foster child, homeless, runaway, migrant, or displaced by a declared disaster
4. Child's enrollment in Head Start or Even Start

### Income Eligibility

For those households that qualify for free or reduced-price meals based on income, an adult in the household must fill out free and reduced-price meal application and return it to *Ginger Lee, Child Nutrition Director, 836 Bear Dr., Timpson, TX 75975 or any campus office*. Those individuals filling out the application will need to provide the following information:

1. Names of all household members
2. Amount, frequency, and source of current income for each household member
3. Last 4 digits of the Social Security number of the adult household member who signs the application or, if the adult does not have a social security number, check the box for "No Social Security number"
4. Signature of an adult household member attesting that the information provided is correct

### Categorical or Program Eligibility

*Timpson ISD* is working with local agencies to identify all children who are categorically and program eligible. *Timpson ISD* will notify the households of these children that they do not need to complete an

application. Any household that does not receive a letter and feels it should have should contact *Ginger Lee, Child Nutrition Director, 936-558-4106 or glee@timpsonisd.com.*

Any household that wishes to decline benefits should contact *Ginger Lee, Child Nutrition Director, 836 Bear Dr., Timpson, TX 75975, (936)558-4106 or glee@timpsonisd.com.*

Applications may be submitted anytime during the school year. The information households provide on the application will be used for the purpose of determining eligibility. Applications may also be verified by the school officials at any time during the school year.

### **Determining Eligibility**

Under the provisions of the free and reduced-price meal policy, *Child Nutrition Director, Ginger Lee* will review applications and determine eligibility. Households or guardians dissatisfied with the Reviewing Official's eligibility determination may wish to discuss the decision with the Reviewing Official on an informal basis. Households wishing to make a formal appeal for a hearing on the decision may make a request either orally or in writing to *Dr. Mid Johnson, Superintendent 836 Bear Dr. Timpson, TX 75975 or mjohnson@timpsonisd.com.*

### **Unexpected Circumstances**

If a household member becomes unemployed or if the household size increases, the household should contact the school. Such changes may make the children of the household eligible for benefits if the household's income falls at or below the attached current income eligibility guidelines.

---

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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**TIMPSON ISD, 2019-2020 Standard (Multi-Child) Application for Free and Reduced-Price School Meals**

This Box for School Use Only.  
Date Withdrawn:

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil)

**Step 1:** Definition of Household Member: *anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related.* Children in Foster care; children who meet the definition of Homeless, Migrant, or Runaway or who participate in Head Start are eligible for free meals. Please read the directions for more information.

**A. List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12.** If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.

List each child's name.	Student Attends School in District?		Grade	Optional: Student ID Number					Check all that apply.		
	Yes	No		Foster	Head Start	Homeless	Migrant	Runaway			
1.	<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"/>
2.	<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"/>
3.	<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"/>
4.	<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. Participation in a Categorical Program**

- If every child listed in Step 1 is a participant any one of the following programs—Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway, skip Step 2 and complete Step 3.
- SNAP, TANF, or FDPIR: Do any Household Members (including you) currently participate in SNAP, TANF, and/or FDPIR? If No, complete Steps 2 and 3. If Yes to SNAP/TANF > Write the Eligibility Determination Group (EDG) number in this space \_\_\_\_\_, skip Step 2, and complete Step 3. If Yes to FDPIR, check this box  skip Step 2, and complete Step 3.

**Step 2:** Please read the directions for more information for the following questions.

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you entered an EDG number or checked the box to indicate participation in FDPIR in Step 1).

**A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member:** XXX-XX - - -  Check if no SSN

**B. Income for Adult Household Members** (Include Yourself, But Not Children. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total income (without deductions) for each source in whole dollars only. Indicate the frequency of income: W=Weekly, E=Every 2 Weeks, T=Twice per Month, M=Monthly, A=Annually. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Adult's First/Last Name (Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2D.)	Work Earnings (Enter Amount)		Public Assistance/ Child Support/Alimony (Enter Amount)		Pensions/Retirement/ Social Security/Supplemental Security Income (Enter Amount)		All Other (Enter Amount)		Frequency (Circle One)
	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)		
1. \$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A
2. \$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A
3. \$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A

**C. Income for Children in the Household** (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household. If more spaces are needed, use the Additional Names section on the back.)

Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.

	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
1. \$	\$	\$	\$	\$	\$
2. \$	\$	\$	\$	\$	\$
3. \$	\$	\$	\$	\$	\$

**D. Total Household Members** (Count all children & adults living in the household) \_\_\_\_\_

**Step 3:** Please read the directions for more information on signing this form.

Provide Contact Information and Adult Signature. Return this application to **Ginger Lee, 836 Bear Dr., Timpson, TX 75975** or to your child's campus office

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.

Street Address/Apt # \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Daytime Phone and Email (Optional) \_\_\_\_\_  
 Printed Name of Adult Household Member Signing the Form \_\_\_\_\_ Signature of Adult Household Member Signing the Form \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_

**Step 1: Additional Names**

**A. List ALL Household Members Who Are Infants, Children, and Students up to and Including Grade 12. If more spaces are needed, use the Additional Household Member Sheet on the back.**

List each child's name.

First Name	MI	Last Name	Student Attends School in District?		Grade	Optional: Student ID Number	Foster	Head Start	Check all that apply.			
			Yes	No					Homeless	Migrant	Runaway	
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<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: Additional Names**

**B. Income for Adult Household Members (Include Yourself, But Not Children)**

Adult's First/Last Name (Do not include the income of children in this section. The income of children goes in 2D.)	Work Earnings (Enter Amount)	Public Assistance/ Child Support/ Alimony (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	Frequency (Circle One)	Pensions/Retirement/Social Security/Supplemental Security Income (Enter Amount)	Frequency (Circle One)	All Other (Enter Amount)	Frequency (Circle One)
4.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

**C. Income for Children in the Household (Do not include adult income. Do report any type of regular income for children in the household.)**

Record total income by frequency for each child who receives regular income listed in Step 1.	Weekly	Every 2 Weeks	Twice per Month	Monthly	Annually
1.	\$	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$	\$

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 is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (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. 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.

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 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

**Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.**

*Income Determination: Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Every 2 Weeks x 26 | Twice a Month x 24 | Monthly x 12*

Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \_\_\_\_\_

Reviewing/Determining Official's Signature/Date \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature/Date \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Categorical Determination:  Free  Reduced  Denied

Eligibility:  Free  Reduced  Denied

## Directions for Applying For Free and Reduced-Price School Meals

Please use these instructions to complete the free or reduced-price school meals application. Submit one application per household, even if the children in the household attend more than one school in *TIMPSON ISD*. Please use a **pen** (not a pencil) when completing the application. The application must be filled out completely in order for the school to make a determination if the children in your household qualify for free or reduced-price school meals. **An incomplete application cannot be approved.** Please contact *Ginger Lee*, (936)558-4106 or *glee@timpsonisd.com* with your questions.

### Step 1: List All Household Members Who Are Infants, Children, And Students Up to and Including Grade 12.

- **List** each child's name.

*Print* first name, middle initial, and last name for each child in the household in the spaces. If there are more children than lines, use the back of the application to record additional names.

*Include* all household members who are age 18 or under and are supported with the household's income including children who are not enrolled in the district. Children do NOT have to be related to anyone in the household to be a part of the household.

- **Mark** the box following the child's name to show if the child is a student in the Timpson ISD.
- **Record** the child's grade if the child is in school.
- **Check** the appropriate box if a child qualifies for free meals as participant in the foster care system, Head Start (including Early Head Start) or if a child meets the criteria for homeless, migrant, or runaway.

*Checking Foster indicates that a foster care agency or court has placed the child in your home. If the application is being submitted for foster children only, complete Step 1, skip Step 2, and complete Step 3.*

#### Participation in a Categorical Program

If all children in the household are participants in one of the following programs—*Foster, Head Start, Homeless, Migrant, or Runaway*, skip Step 2 and complete Step 3.

SNAP, TANF, and FDPIR: Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR?

*If a child or adult in the household participates in Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance to Needed Families (TANF), record the Eligibility Determination Group (EDG) number in the space.*

*If a child or adult in the household is a participant in Food Distribution Program for Households on Indian Reservations (FDPIR), check the box to indicate participation. The Timpson ISD will contact you to obtain documentation of FDPIR participation.*

*If the students in the household are eligible based on SNAP, TANF, or FDPIR, skip Step 2 and complete Step 3.*

### Step 2: Report Income for All Household Members.

#### Part A. Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of an Adult Household Member

- **Provide** the last four digits of the Social Security number (SSN) of an adult in the household or check the box for no SSN.

*A social security number is not required to apply for these programs.*

#### Part B. Income for All Adult Household Members (Including Yourself, But Not Children)

- **Record** the first and last name of each adult in the household in the space provided.

*If there are more adults in the household than available spaces, use the back of the application. **Children's income is reported in Part C.***

*Include all adults living in the household that share income and expenses, even if the adult is not related to anyone in the household and does not receive any income. Do not include adults that are not supported by the household's income and do not contribute income to the household.*

Reduced-Price Meal Income Eligibility Guidelines					
Family Size	Annually	Monthly	Twice per Month	Every Two Weeks	Weekly
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$ 80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
For each additional family member add:					
	+ \$8,177	+ \$682	+ \$341	+ \$315	+ \$158

**TIMPSON ISD, Solicitud Estándar (para Varios Niños) para Comidas Escolares Gratuitas y a Precio Reducido para del 2019-2020**

This Box for School Use Only.  
Date Withdrawn:

Llene una solicitud para cada hogar. Favor de usar un bolígrafo (no un lápiz).

**Parte 1: Definición de Miembro del hogar.** Una persona que vive con usted y comparte los ingresos y los gastos, aunque no estén relacionados. Los niños temporalmente adoptados (foster), niños que satisfacen la definición de migrantes, sin hogar, (homeless), fugitivo, (runaway), o que participan en Head Start son elegibles para alimentos gratis. Por favor, lea las instrucciones para obtener más información.

**A. Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes hasta el Grado 12.** Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

¿Asiste a la escuela en el distrito? Marque todo lo que aplique.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	Si	No	Grado	Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B. Participación en las Diferentes Categorías de Elegibilidad**

- Si todos los niños indicados en la Parte 1 participan en un programa de la lista arriba, ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.
- ¿Recibe algún miembro del hogar (incluya a usted mismo) beneficios de los programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR? No > Completé 2 y 3. Si > Escriba el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en este espacio \_\_\_\_\_, y pase directamente a la Parte 3. Si > FDIPIR, marque en la casilla  ignore las Partes 2, y pase directamente a la Parte 3.

**Parte 2: Lea las instrucciones para obtener más información para las siguientes preguntas.**

Declare el ingreso de TODOS los Miembros del Hogar (ignore este parte si escribió un número de EDG en la Parte 2).

A. Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro del hogar que llenó la solicitud: XXX-XX-\_\_\_\_-\_\_\_\_  Marque aquí si no tiene un SSN

B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (incluya a usted mismo, pero no los menores). Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste a todos los Miembros del Hogar que no son listados en la Parte 1 (incluya a usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Para cada Miembro del Hogar indicado que recibe ingresos, anote el ingreso (sin deducciones) total de cada fuente en dólares redondeados. Ponga la frecuencia en que recibe su ingreso: W=Semanal, E=Cada 2 semanas, T=2 veces por mes, M=Mensual, A=Anualmente. Si la persona no recibe ingreso, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún espacio en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

Primer Nombre del Adulto/ Apellido (No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
1.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
2.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A
3.	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A	\$	W-E-T-M-A

C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Anualmente
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$

D. Total de los miembros del hogar (Cuenta todos los niños y adultos que viven en el hogar.)

**Parte 3: Lea las instrucciones para obtener más información sobre cómo firmar este formulario.**

Proporcione Su Información de Contacto y Firma de Adulto. Regrese esta solicitud a: Ginger Lee, 836 Bear Dr., Timpson, TX 75975 or to your child's campus office.

Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Entiendo que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y que puedo ser procesado de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican.

Dirección/Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono y correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_  
 Miembro (Adulto) del hogar que lleno solicitud \_\_\_\_\_ Firma del adulto que llenó la solicitud \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Parte 1: Nombres Adicional**

**Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.**

Liste el nombre de cada niño.

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	¿Asiste a la escuela en el distrito?		Opcional: Número de Identificación del Estudiante	Marque todo lo que aplique.				
			Sí	No	Grado	Niño Adoptivo Temporal (Foster)	Head Start	Sin Hogar	Migrante	Fugitivo
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 2: Nombres Adicional**

**B. Ingresos (Brutos) de los Adultos del Hogar (Incluya a usted mismo, pero no los menores).**

Primer Nombre del Adulto/ Apellido  
(No incluya los ingresos de los niños en esta sección. Los ingresos de los menores se anota en 2D)

	Sueldo de Trabajo (Ponga el monto)	Asistencia Social/ Manutención de niños / Pensión alimenticia (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)	Pensiones/Jubilación/ Seguro social/ SSI (Ponga el monto)	Otros Ingresos (Ponga el monto)	Frecuencia (Marque la frecuencia con un círculo)
4.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	\$	W-E-T-M-A
5.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	\$	W-E-T-M-A
6.	\$	\$	W-E-T-M-A	W-E-T-M-A	\$	\$	W-E-T-M-A

**C. Ingresos (Brutos) de los Niños del Hogar (No incluya los ingresos de los adultos.) Si necesita más espacio, usen la sección de nombre adicional en parte de atrás de la página.**

Liste el ingreso regular por la frecuencia para cada niño que recibe ingreso que listado en el Parte 1.

	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Anualmente
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$
6.	\$	\$	\$	\$

**La Ley Nacional de Alimentos Escolares Richard B. Russell** pide la información amba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPIR de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el adulto del hogar que firma la solicitud no tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

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 necesitan 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 discapacidades 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](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 a: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Do Not Fill Out This Part. This Is For School Use Only.**

**Income Determination:** Multiple income frequencies must be converted to annual amounts and combined to determine household income. Do not convert if only one income frequency is provided by the household. If converting income to annual, round only the final number—Annual Income Conversion: Weekly x 52 | Every 2 Weeks x 26 | Twice a Month x 24 | Monthly x 12

Household Size: \_\_\_\_\_ Total Income: \_\_\_\_\_  
 Weekly  Every 2 Weeks  Twice a Month  Monthly  Annually

Confirming Official's Signature/Date \_\_\_\_\_

Eligibility: Free  Reduced  Denied

## Instrucciones para Llenar la Solicitud de Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido 2019-2020

Por favor, siga las instrucciones para llenar la solicitud para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. Entregue sola una solicitud por hogar, aún si los niños en el hogar asisten a más de una escuela en TIMPSON ISD]. Use un bolígrafo (no un lápiz) para llenar la solicitud. Debe llenar la solicitud completamente para que la escuela pueda determinar si los niños en su hogar califican para recibir comidas escolares gratuitas o a precio reducido. **Una solicitud incompleta no puede ser aprobada.** Póngase en contacto con Ginger Lee, (936)558-4106 or glee@timpsonisd.com, con sus preguntas.

### PARTE 1: Liste a TODOS los Miembros del Hogar, Infantes, Niños y Estudiantes Hasta el Grado 12.

- **Liste** el nombre de cada niño.  
*Escriba en letra de imprenta el primer nombre, la inicial del segundo nombre, y el apellido para cada niño del hogar en los espacios. Si hay más niños en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para escribir los nombres adicionales.*  
*Incluya todos los miembros del hogar de 18 años de edad o menores que están apoyados por los ingresos del hogar. Los niños no tienen que ser parientes para ser un miembro del hogar.*
- **Marque** la casilla a lado del nombre del niño, si el niño es un estudiante de TIMPSON ISD.
- **Incluya** el grado del niño si está en la escuela.
- **Marque** la casilla correspondiente si el niño califica para recibir comida escolar gratuita como: un niño adoptivo temporal (foster child); un participante en los programas Head Start (incluso Early Head Start) o como un niño identificado sin hogar, ser migrante, o ser fugitivo.  
*La casilla marcada "Adoptivo Temporal (Foster)" significa que una agencia de cuidado temporal o una corte ha colocado el niño en su hogar. Los niños adoptivos temporales (foster children) que viven en el hogar pueden ser considerados como miembros del hogar y puede incluirlos en la solicitud. Si va a entregar la solicitud sola para los niños adoptivos temporales, llene la Parte 1, ignore las Partes 2, y llene la Parte 3.*

#### Participación en Programa de Elegibilidad

Si todos los miembros del hogar participan en los siguientes programas — Adoptivo Temporal (Foster), Head Start, sin hogar (Homeless), Migrante (Migrant), o Fugitivo (Runaway) ignore la Parte 2 y llene la Parte 3.

**SNAP, TANF, and FDPIR:** ¿Si algunos miembros del hogar (incluya a usted mismo) recibe beneficios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)?

*Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP o TANF, **reporte** el número de Determinación de Elegibilidad (EDG, por sus siglas en inglés) en el espacio.*

*Si algún miembro del hogar recibe beneficios bajo el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), **marque** la casilla que indica su participación. El TIMPSON ISD estará en contacto con usted para obtener documentación de su participación en este programa (FDPIR).*

*Si algún miembro del hogar recibe beneficios de SNAP, TANF, o de FDPIR ignore la parte 2, y llene la parte 3.*

Pautas Federales de Elegibilidad por Ingresos para Comida a Precio Reducido					
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$23,107	\$1,926	\$963	\$889	\$445
2	\$31,284	\$2,607	\$1,304	\$1,204	\$602
3	\$39,461	\$3,289	\$1,645	\$1,518	\$759
4	\$47,638	\$3,970	\$1,985	\$1,833	\$917
5	\$55,815	\$4,652	\$2,326	\$2,147	\$1,074
6	\$63,992	\$5,333	\$2,667	\$2,462	\$1,231
7	\$72,169	\$6,015	\$3,008	\$2,776	\$1,388
8	\$ 80,346	\$6,696	\$3,348	\$3,091	\$1,546
Para cada miembro adicional de la familia, aumente:					
	+ \$8,177	+ \$682	+ \$341	+ \$315	+ \$158

### PARTE 2 Declare el Ingreso de Todos los Miembros del Hogar.

**Sección A. Los Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del Adulto en el Hogar.**

- **Escriba** los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN) de la persona llenando la solicitud, o marque la casilla para indicar que no tiene un SSN.

*No se requiere un número de Seguro Social para solicitar los programas.*

**Sección B. Ingresos de los Adultos en el Hogar, (Incluya a Usted Mismo, pero no a los Menores)**

- **Escriba** el primer nombre y apellido de cada adulto del hogar en los espacios.  
*Si hay más adultos en el hogar que líneas en la solicitud, use el reverso de la solicitud para poner los nombres adicionales. No incluya los ingresos de los niños del hogar en esta sección. Ponga los ingresos de los niños en la Sección D.*  
*Incluya todos los adultos que viven en el hogar y comparten ingresos y gastos, aun si el adulto no es pariente o no recibe su ingreso propio. No incluya las personas que vivan con usted pero que son económicamente independientes, es decir, alguien que no está siendo apoyado por los ingresos del hogar, ni contribuye una parte de sus ingresos propios al hogar.*



## Income Eligibility Guidelines for Determining Free and Reduced Price Benefits

Effective from July 1, 2019 to June 30, 2020

Family Size	Annually		Monthly		Twice per Month		Every Two Weeks		Weekly	
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	\$16,237	\$23,107	\$1,354	\$1,926	\$677	\$963	\$625	\$889	\$313	\$445
2	\$21,983	\$31,284	\$1,832	\$2,607	\$916	\$1,304	\$846	\$1,204	\$423	\$602
3	\$27,729	\$39,461	\$2,311	\$3,289	\$1,156	\$1,645	\$1,067	\$1,518	\$534	\$759
4	\$33,475	\$47,638	\$2,790	\$3,970	\$1,395	\$1,985	\$1,288	\$1,833	\$644	\$917
5	\$39,221	\$55,815	\$3,269	\$4,652	\$1,635	\$2,326	\$1,509	\$2,147	\$755	\$1,074
6	\$44,967	\$63,992	\$3,748	\$5,333	\$1,874	\$2,667	\$1,730	\$2,462	\$865	\$1,231
7	\$50,713	\$72,169	\$4,227	\$6,015	\$2,114	\$3,008	\$1,951	\$2,776	\$976	\$1,388
8	\$56,459	\$80,346	\$4,705	\$6,696	\$2,353	\$3,348	\$2,172	\$3,091	\$1,086	\$1,546
9	\$62,205	\$88,523	\$5,184	\$7,378	\$2,593	\$3,689	\$2,393	\$3,406	\$1,197	\$1,704
10	\$67,951	\$96,700	\$5,663	\$8,060	\$2,833	\$4,030	\$2,614	\$3,721	\$1,308	\$1,862
11	\$73,697	\$104,877	\$6,142	\$8,742	\$3,073	\$4,371	\$2,835	\$4,036	\$1,419	\$2,020
12	\$79,443	\$113,054	\$6,621	\$9,424	\$3,313	\$4,712	\$3,056	\$4,351	\$1,530	\$2,178
<i>For each additional family member add:</i>										
	+\$5,746	+\$8,177	+\$479	+\$682	+\$240	+\$341	+\$221	+\$315	+\$111	+\$158