

July 1, 2022

Dear Parent or Guardian:

Although California Department of Education has determined that all enrolled students shall receive breakfast and lunch at no cost to parents, we ask that you complete our meal application for the following reasons: for funding per student, internet, transportation, facilities, grants, etc. School Day Café (A Program of the Santa Clarita Valley School Food Services Agency) provides meals for children in Castaic, Newhall, Saugus, and Sulphur Springs School Districts.



To apply online go to: [www.schooldaycafe.org](http://www schooldaycafe.org)

NOTE: WE DO NOT PROVIDE THE FOOD SERVICE FOR THE WM. S. HART SCHOOL DISTRICT (Jr. High and High Schools). If your child has graduated on to a school in the William S. Hart School District, and you do not have any younger children attending our elementary schools, please disregard this letter. If you feel you received this notice in error, please ignore it.

YOUR APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED IF THERE IS MISSING OR INCOMPLETE INFORMATION.

Areas most commonly misunderstood or left blank:

- List **ALL** children in the household (not just the child applying for meals) (section A)
- List **ALL** adults living in the household (section B)
- Income information: write in the amount of income you receive and check the box of how often you receive **that** amount (Section B).
- Application must be **signed** and dated by an adult household member (section C)
- The last four digits of the Social Security number must be that of the adult household member who signed the application. If you do not have a Social Security number, check the box provided. “N/A” is **not acceptable**, (section C)
- Use one application for all children attending the same school (do not complete separate applications for each child).
- Complete in **Blue or Black ink** (NO PENCIL).

The completed application should be submitted to:

Santa Clarita Valley School Food Services Agency
25210 Anza Drive, Valencia, CA 91355

Please DO NOT send the application to your school office.
Please DO NOT send the application to your child’s teacher.

WE DO NOT ACCEPT FAXED, EMAILED OR COPIES OF THE APPLICATION.

You may mail your completed application to this office or drop it off in person. Our office is open throughout the summer from 8:00 a.m. to 4:00 p.m.

NOTE: You might receive another School Lunch Program application from your child’s school. DO NOT complete a second application if you have already submitted a completed application directly to this office.

If you have any questions or need assistance completing your application, please contact **Lisett Celedon** at 661-295-1574 ext. 108.

Thank you,

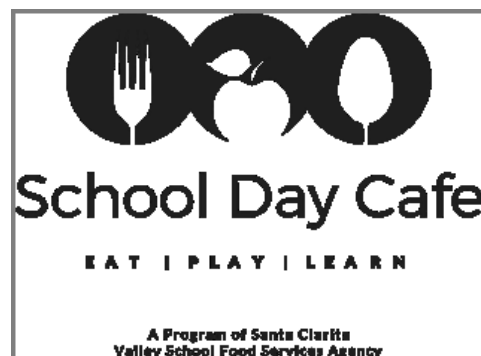
Dr. Robert S. Lewis

Chief Executive Officer

Julio 1, 2022

Estimado padre o tutor:

Aunque el Departamento de Educación de California ha determinado que todos los estudiantes inscritos recibirán desayuno y almuerzo sin costo para los padres, le pedimos que complete nuestra solicitud de comida por las siguientes razones: para financiación por estudiante, internet, transporte, instalaciones, becas, etc. School Day Café (un programa de la Agencia de Servicios de Alimentos Escolares del Valle de Santa Clarita) proporciona comidas para niños en los distritos escolares de Castaic, Newhall, Saugus y Sulphur Springs.



PARA APLICAR VÍA ELECTRÓNICA: [www.schooldaycafe.org](http://www schooldaycafe.org)

AVISO: NOSOTROS NO PROVEEMOS EL SERVICIO ALIMENTICIO PARA EL DISTRITO ESCOLAR WM. S. HART (Jr. High y High School). Si su hijo se ha graduado y asistirá a una escuela que pertenece al distrito escolar William S. Hart, y no tiene hijos más pequeños que asistan a nuestras escuelas, por favor ignore esta carta. Si cree haber recibido esta notificación por error, por favor no la tome en cuenta.

SU APLICACION NO SERA PROCESADA SI LE FALTA INFORMACION O SI ESTA INCOMPLETA.

Las áreas más malinterpretadas o que dejan en blanco son:

- Liste TODOS los niños en el hogar (no solo el niño que está aplicando para las comidas) (sección A)
- Liste TODOS los adultos que viven en el hogar (sección B)
- Ingreso mensual: escriba la cantidad de ingresos que recibe y marque la casilla con qué frecuencia recibe esa cantidad (sección B).
- La aplicación debe ser firmada con fecha por el adulto miembro del hogar (sección C)
- Los cuatro dígitos del Seguro Social deben ser del padre o tutor quien firmo la aplicación. Si no tiene número de Seguro Social, marque la caja proveída. “N/A” **no es aceptable** (sección C)
- Use una aplicación para todos los niños que asisten a la misma escuela (no complete aplicaciones separadas para cada niño).
- Complete con tinta Azul o Negra. (NO LAPIZ).

La aplicación completada debe ser sometida a:

Santa Clarita Valley School Food Services Agency
25210 Anza Drive
Valencia, CA 91355

Por favor **NO** mande la aplicación a la oficina de la escuela.

Por favor **NO** mande la aplicación al maestro(a) de su hijo.

NO ACEPTAMOS COPIAS O CORREO ELECTRONICO DE LAS APLICACIONES O VIA FAX.

Usted puede mandar por correo su aplicación llena a esta oficina o traerla personalmente. Nuestra oficina está abierta durante el verano de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

AVISO: Es posible que reciba otra aplicación del Programa de Alimentos Escolares por parte de la escuela de su hijo. NO complete una segunda aplicación si usted ya sometió una aplicación llena directamente a esta oficina.

Si tiene cualquier pregunta o necesita asistencia para llenar su aplicación, por favor contacte a Lisett Celedon al 661-295-1574 ext. 108.

Gracias,

Dr. Robert S. Lewis

Jefe Ejecutivo



Dear Parent/Guardian:

School Day Café (**Santa Clarita Valley School Food Services Agency**) offers healthy meals every school day. For the 2022-23 School year, all students will receive breakfast and lunch at no cost to parents. However, we ask that you complete a meal application for the following reasons: funding per student, internet, transportation, facilities, grants, etc. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals.

Below are some common questions and answers.

1. **DO I NEED TO COMPLETE AN APPLICATION FOR EACH CHILD?** No. Use only one *Application for Free and Reduced-Price Meals* for all students in your household. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to complete all required information.



2. **IF YOU HAVE RECEIVED A NOTICE OF DIRECT CERTIFICATION DO NOT** complete the application.

3. **WILL THE INFORMATION I PROVIDE BE CHECKED?** Yes. We may also ask you to send in written proof of your income and the interval in which you receive it.
4. **WHAT IF I DISAGREE WITH THE SCHOOL'S DECISION REGARDING MY APPLICATION?** You should talk to your school officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **Dr. Robert S. Lewis, Chief Executive Officer, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 ext. 103**
5. **MAY I APPLY IF SOMEONE IN MY HOUSEHOLD IS NOT A U.S. CITIZEN?** Yes. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals.
6. **WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME?** List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made only \$900, state on the application that you made \$1,000 per month. If you normally receive overtime, include it, but do not include it if you only occasionally work overtime. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, use your current income.
7. **WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME?** If you receive an off-base housing allowance, you must include it as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. Do not include combat pay as income.
8. **WHO SHOULD I INCLUDE AS MEMBERS OF MY HOUSEHOLD?** You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends), who share income and expenses. You must include yourself and all children living with you.

If you have any question or need help, call SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 ext. 108.

Apply online at: www.schooldaycafe.org

Sincerely,

Dr. Robert S. Lewis
Chief Executive Officer

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

WE DO NOT ACCEPT FAXED APPLICATIONS OR COPIES OF THE APPLICATION

NOTE: HOUSEHOLD MEMBER IS ANY CHILD OR ADULT LIVING WITH YOU

IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES CALFRESH, CALWORKS, FDPPIR, OR KIN-GAP BENEFITS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school.

List the case number for any household member (including adults) receiving **CALFRESH**, **CalWORKs**, **FDPPIR**, or **KIN-GAP** benefits.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF ANY CHILD IN YOUR HOUSEHOLD IS HOMELESS, A MIGRANT OR RUNAWAY, OR IN HEAD START, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. If any child you are applying for is **Homeless**, **Migrant**, in **Head Start**, or a **Runaway** check the appropriate box and call your school, homeless liaison, or runaway, Head Start or migrant coordinator.

SECTION B: See instructions for All Other Households or Mark **\$0.00** if no income

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF YOU ARE APPLYING ON BEHALF OF A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

• If all children in the household are foster children:

SECTION A: List all foster children and the school name for each child. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

• If some of the children in the household are foster children:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children **you must write "0" if no income**. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Complete only if a child in your household is not eligible under Section A – See instructions for All Other Households.

SECTION C: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if they do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, INCLUDING WIC HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children, you must write **\$ 0.00**

SECTION B: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Name: List all household members.

Gross income: and how often it is received: For each household member with income, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received—weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Earnings from work: before deductions; be sure to list the gross income, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions.

Income received from welfare: Child support or alimony: List the amount each person received.

Income received from Social Security: Supplemental Security Income, veteran's benefits, retirement benefits, or disability benefits: List the amount each person received.

All other income: List Worker's Compensation, unemployment or strikes benefits, and any other income. Do not include benefits from SNAP, FDPPIR or WIC, or federal education. For self-employed persons only: under Earnings from Work, report income after expenses. If you are in the Military Privatized Housing Initiative or receive combat pay, do not include these allowances as income.

SECTION C: Adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if you do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

Income Eligibility Guidelines

July 1, 2022–June 30, 2023

Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 25,142	\$ 2,096	\$ 1,048	\$ 967	\$ 484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
For each additional family member, add:					
	\$ 8,732	\$ 728	\$ 364	\$ 336	\$ 168

* A household of one means a foster child, a child in out-of-home care, or a pupil who is his/her sole support

Apply online at: www.schooldaycafe.org

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: **mail:** U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or **email:** program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.



Estimado padre/tutor:

School Day Café (Agencia de Servicios de Alimentos Escolares del Valle de Santa Clarita) ofrece comidas saludables todos los días escolares. Para el año escolar 2022-23, todos los estudiantes recibirán desayuno y almuerzo sin costo para los padres. Sin embargo, le pedimos que complete una solicitud de comida por las siguientes razones: financiamiento por estudiante, internet, transporte, instalaciones, subvenciones, etc. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido.

A continuación, se presentan algunas preguntas comunes y respuestas:

1. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Utilice solamente una aplicación para alimentos gratuitos o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una aplicación que no está completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida.



2. **SI USTED HA RECIBIDO UNA NOTIFICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DIRECTA NO llene la solicitud.**

3. **¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO?** Sí. También posiblemente le pidamos que envíe una prueba de ingreso y el intervalo en el que usted lo recibe.
4. **¿QUÉ PASA SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ESCUELA CON RESPECTO A MI SOLICITUD?** Usted debe de hablar con un funcionario de la escuela. Usted también puede pedir una audiencia llamando o escribirle a el: **Dr. Robert S. Lewis, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 ext. 10**
5. **¿PUEDO SOLICITAR ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO, AUNQUE NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** **SI, Ni usted ni sus Hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar.**
6. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LO MISMO?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajó parte del tiempo y solo ganó \$900, ponga aun que gana regularmente \$1,000 al mes. Si trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
7. **¿A QUIENES DEBO DE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su hogar, aunque sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos) que compartan los Ingresos y los gastos.
8. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS LO QUE RECIBIMOS “SUBSIDIO DE VIVIENDA” COMO INGRESOS?** Si usted recibe Subsidio de vivienda fuera de la base, usted debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar no lo incluya. No incluya la cantidad que recibe de paga de combate como ingresos.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame a SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 ext108.

Para aplicar vía electrónica visite: [www.schooldaycafe.org](http://www schooldaycafe.org)

Sinceramente,

Dr. Robert S. Lewis
Jefe Ejecutivo

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

NO ACEPTAMOS COPIAS DE LA APLICACIÓN O APLICACIONES MANDADAS VIA FAX.

Para aplicar vía electrónica visite: www.schooldaycafe.org

NOTA: UN MIEMBRO DE SU HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR O KIN-GAP BENEFICIOS, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: Liste todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Liste el número del caso para cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que recibe beneficios de CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR o KIN-GAP.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI CUALQUIER NIÑO ESTA SIN HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Si usted está solicitando para un niño Desamparado, Migrante, en Head Start, o un Fugitivo Marque la casilla apropiada y llame a su escuela, enlace sin hogar o Fugitivo, Head Start o Coordinador de migrantes.

SECCIÓN B: Vea las instrucciones para demás los hogares o escriba **0** si no tiene ingresos.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI QUE ESTÁ SOLICITANDO PARA UN NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER CHILD), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

• si todos los niños en el hogar son hijos de crianza temporal:

SECCIÓN A: liste todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla para indicar niño Foster.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

• Si Solo algunos de los niños en el hogar son hijos de crianza

Temporal: **SECCIÓN A:** Liste de todos los niños del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona que no recibe ingresos, incluyendo a los niños; debe escriba **"0"** si no tiene ingreso. Marque la casilla para indicar cada Niño de crianza (Foster).

SECCIÓN B: Complete solamente si un niño en su hogar no es elegible bajo la Sección A. Vea las instrucciones para todos los hogares.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

PARA LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier

Persona que no reciba ingresos, incluyendo los niños, debe escribir **"0"** si no tiene ingreso.

SECCIÓN B: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos recibidos durante el mes pasado.

Liste: todos los miembros del hogar.

Ingresos Brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos con cual frecuencia recibe el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Para declarar ingresos por trabajo asegúrese de anotar el Ingreso bruto, no el dinero que lleva a la casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones.

Ingresos provenientes de: beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones de jubilación, seguro social, seguro suplementario (SSI), beneficios de veteranos y beneficios por discapacidad: Liste la cantidad por cada persona recibida.

Todos los demás ingresos: anoten compensación a trabajadores los beneficios por desempleo o huelga. No incluya los ingresos de los programas **SNAP, FDIPIR, WIC**. Para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de los gastos. Eso se refiere a su negocio. Si usted está en la iniciativa de vivienda militar privatizada o recibe paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe Firmar la solicitud y liste de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

Guia de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2022–Junio 30, 2023

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 25,142	\$ 2,096	\$ 1,048	\$ 967	\$ 484
2	33,874	2,823	1,412	1,303	652
3	42,606	3,551	1,776	1,639	820
4	51,338	4,279	2,140	1,975	988
5	60,070	5,006	2,503	2,311	1,156
6	68,802	5,734	2,867	2,647	1,324
7	77,534	6,462	3,231	2,983	1,492
8	86,266	7,189	3,595	3,318	1,659
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 8,732	\$ 728	\$ 364	\$ 336	\$ 168

* Un hogar de uno significa un niño Foster, un niño en cuidado fuera del hogar o un estudiante que es su único apoyo.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades previas de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, un demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

<p align="center">Santa Clarita Valley School Food Services Agency 25210 Anza Drive, Valencia, CA 91355 Phone: 661-295-1574 x108 2022-2023 Application for Free & Reduced Price Meals ***Print in Blue or Black Ink Only*** Apply online at www.payschoolscentral.com ***WE DO NOT ACCEPT FAXED OR EMAILED APPLICATIONS***</p>	FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION						
	HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:		FREE:	REDUCED: \$	DENIED:
	FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR			DC AS: H M R EPI			SITE:
	Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12						
	DETERM OFFICIAL:				DATE:		LAST NAME:
VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:			
CERTIFICATION OFFICIAL:				DATE:			

SECTION A: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS SECTION

STUDENT/CHILD INFORMATION					New Student?	Returning Student?	Check the applicable box if the student is Foster, Homeless, Migrant, or Runaway.	Child's Personal Income and How often? - Write "0" if no income.	Do Any Household Members Currently Participate in one of the following Assistance Programs? <u>If so, check box and please insert case number.</u>
List ALL children living in your household <u>whether or not they attend school.</u>									
LAST NAME	FIRST NAME	SCHOOL NAME (Write N/A if not in school)	GRADE	DATE OF BIRTH MM/DD/YY					
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	If Yes, Check The Applicable Box CALFRESH <input type="checkbox"/> CALWORKS <input type="checkbox"/> KIN-GAP <input type="checkbox"/> FDPIR <input type="checkbox"/> CASE NUMBER:
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	\$	

Households submitting an application with a Benefit Case Number for Cal Fresh/CalWORKs for EACH child or an Adult household member please skip to Section C and complete. A Foster Child that is under the legal responsibility of a Foster Care Agency or Court is eligible for free meals. This eligibility is not extended to non-foster children in the household.

SECTION B: HOUSEHOLD MEMBERS AND THEIR INCOME (BEFORE TAXES) ★TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS: _____

For each household member listed, report total income for each source in WHOLE Dollars only. If they do not receive income from any source WRITE "0".

LIST ALL ADULT HOUSEHOLD MEMBERS LAST NAME, FIRST NAME	EARNINGS FROM WORK IF NO INCOME WRITE "0".	How Often?				Pension, Retirement, All Other Income	How Often?				Public Assistance/Child Support/Alimony	How Often?			
		WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY		WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY		WEEKLY	EVERY OTHER WEEK	TWICE A MONTH	MONTHLY
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act (Section 9) requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last 4 digits of the Social Security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The Social Security number is not required when you apply on behalf of a Foster Child or you list a Cal Fresh, California Work Opportunity (CalWORKS), Kinship Guardian Assistance Payment (Kin-GAP), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number for your child or other FDPIR identifier 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.

SECTION C: ALL HOUSEHOLDS MUST READ AND COMPLETE THIS SECTION ★SIGNATURE REQUIRED BELOW

Education Code 49957(a): Applications for Free and reduced-price meals may be submitted at anytime during the 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 by any other means. I certify (promise) that all of the above information 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 on the application at any time, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.

ADDRESS:	CITY & ZIP CODE:	HOME PHONE:	CELL PHONE:
PRINTED NAME OF ADULT HOUSEHOLD MEMBER SIGNING THIS APPLICATION:		LAST 4 DIGITS OF SOCIAL SECURITY NUMBER: X X X - X X - _____ <input type="checkbox"/> - I DO NOT HAVE A SOCIAL SECURITY NUMBER	
SIGNATURE (★REQUIRED)		DATE	E-MAIL ADDRESS

SECTION D: CHILDREN'S RACIAL AND ETHNIC IDENTITIES (Optional)
1. Choose one or more: American Indian or Alaska Native White Asian Black or African American Native Hawaiian or Other Pacific Islander 2. Choose one ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

Santa Clarita Valley School Food Services Agency 25210 Anza Drive, Valencia, CA 91355 Phone: 661-295-1574 x108 2022-2023 Solicitud Para Alimentos Escolares Gratis Y A Precio ***Utilice tinta azul o negro, complete con letra del molde*** www.payschoolscentral.com ***NO ACEPTAMOS APLICACIONES MANDADAS VIA FAX O DE CORREO ELECTRONICO***	FOR SCHOOL USE ONLY - ELIGIBILITY DETERMINATION						
	HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:		FREE:	REDUCED: \$	DENIED:
	FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR			DC AS: H M R		EPO	SITE:
	Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12						
	DETERM OFFICIAL:				DATE:		LAST NAME:
	VERIFICATION OFFICIAL				DATE:		
CERTIFICATION OFFICIAL:				DATE:			

SECCIÓN A: TODOS LOS HOGARES COMPLETEN ESTA SECCION

INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS					Estudiante Es Nuevo?	Estudiante De Reingreso?	Si Niño es Foster, Sin Hogar, Migrante, o fugado Si/No ↓	Ingreso Personal Del Niño Escriba Si No Tiene Ingresos "0"	¿Algún miembro de la familia participa actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia? En Caso Afirmativo Marque La Casilla Aplicable
Liste todos los niños de su hogar que asistan <u>o no a la escuela.</u>	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE DE LA ESCUELA (Marque "NA" Si No Va A La Escuela)	GRADO					
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	CALFRESH <input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	CALWORKS <input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	KIN-GAP <input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	FDPIR <input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	\$	NUMERO DE CASO:

Los hogares presentar uno solicitud con número de caso de beneficio de Cal Fresca/CalWORKs para cada niño o un adulto miembro del hogar, por favor vaya a la sección C y complete. Un niño Foster que está bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza temporal es elegible para comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a los demás niños en el hogar.

SECCIÓN B: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (ANTES DE IMPUESTOS) ★Total de miembros del hogar: _____

Para cada miembro del hogar que recibe ingresos declare los ingresos totales de cada fuente en números, REDONDOS. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, Escriba "0".

TODOS LOS ADULTOS MIEMBROS DEL HOGAR APELLIDO, NOMBRE	INGRESOS DEL TRABAJO SI NO TIENE INGRESOS "0"	¿Frecuencia?				Pensión, Jubilación, y otros ingresos	¿Frecuencia?				Ayuda Económica Para Niños, Cualquier Otro Ingreso incluyendo Pension Alimentación	¿Frecuencia?			
		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL		SEMANAL	CADA 2 SEMANAS	2 VECES AL MES	MENSUAL
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración de uso de información: La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número del la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de caso (o uno de los siguientes programas: Calfresh, Calworks (oportunidades de trabajo) Kin-Gap) Asistencia de pago Kinship Guardián, o el programa de distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. POSDEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

SECCIÓN C: TODOS LOS HOGARES DEBEN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN ★EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD

Código de Educación 49557(a): solicitudes para desayunos y comidas gratis o a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el programa nacional de almuerzos escolares no serán abiertamente identificados mediante el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta (promesa) y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales que los funcionarios escolares pueden verificar la información sobre la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales aplicables.

DOMICILIO:	CIUDAD & CODIGO POSTAL:	NUMERO DEL TELEFONO:	CELULAR:
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL ADULTO QUE FIRMA LA APLICACIÓN:		ULTIMOS 4 NUMEROS DE SEGURO SOCIAL #: X X X - X X - _____ <input type="checkbox"/> - YO NO TENGO SEGURO SOCIAL	
FIRMA (★EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD)		FECHA:	CORREO ELECTRONICO:

SECCION D. IDENTIDADES ÉTNICOS Y RECIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)

1. Apunte uno o más identidades raciales: Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico Blanco 2. Choose one ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino