

School City of Hammond

41 Williams Street • Hammond, IN 46320



Dr. Walter J. Watkins, Superintendent

CARTA A LOS PADRES PARA RECIBIR ALIMENTOS GRATIS, ALIMENTOS A BAJO COSTO Y OTROS BENEFICIOS

Estimado padre o tutor:

agosto 2009

Los niños necesitan alimentos sanos para aprender. El School City of Hammond, ofrece alimentos sanos a diario. Los alumnos en los grados del K-5 podrán comprar el almuerzo a \$1.60; los alumnos en los grados del 6-12 podrán comprar el almuerzo por \$1.90. El desayuno está disponible en todas las escuelas por \$1.00. Sus hijos podrán calificar para alimentos gratis o a bajo costo. El precio reducido es de 40 centavos para el almuerzo y de 30 centavos para el desayuno.

Para solicitar alimentos gratis o a bajo costo, llene la solicitud de alimentos escolares gratis y a bajo costo y otros beneficios, la cual se adjunta. No podemos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Regrese la solicitud llena a la escuela.

Sus niños podrían calificar para comidas gratis o a precio reducido si el ingreso familiar está dentro de los límites de esta tabla.	TABLA FEDERAL DE INGRESOS Para el Año Escolar 2009-2010				
	Personas por Hogar	Anual	Mensual	BiWeekly	Semanal
1	\$20,036	\$1,670	\$771	\$386	
2	26,955	2,247	1,037	519	
3	33,874	2,823	1,303	652	
4	40,793	3,400	1,569	785	
5	47,712	3,976	1,836	918	
6	54,631	4,553	2,102	1,051	
7	61,550	5,130	2,368	1,184	
8	68,469	5,706	2,634	1,317	
Por cada persona adicional:	+6,919	+577	+267	+134	

Enseguida podrá encontrar respuestas a preguntas que usted pueda tener al solicitar:

- **¿Quién puede calificar para alimentos gratis o a bajo costo?** Los niños de familias que obtienen bonos alimenticios o TANF y la mayoría de los niños que están bajo su responsabilidad temporal "Foster Children", podrán obtener alimentos gratis sin importar su ingreso. También si sus ingresos están dentro de los límites de la gráfica de ingresos federales, sus hijos podrán obtener alimentos gratis o a bajo costo.
- **¿Deberé llenar una solicitud por cada niño?** No. Llene la solicitud para solicitar los alimentos gratis o a bajo costo. Llene una solicitud incluyendo a todos los niños en la familia. No podremos aprobar una solicitud que no esté completa, así que asegúrese de llenar toda la información requerida. Regrese la solicitud completa a la escuela.
- **¿Deberé llenar una solicitud si recibí una carta este año escolar avisando que mis hijos fueron aprobados para recibir alimentos gratis o a bajo costo?** Por favor, lea la carta cuidadosamente y siga las instrucciones. Llame a la escuela si todavía tiene preguntas.
- **¿Cómo puedo llenar una aplicación si tengo "foster children" (un niño debajo de su cuidado y recibe ayuda del gobierno)?** Cada "foster child" será apuntado(a) en una aplicación separada. Si tienen hijos propios en adición ellos sí pueden ser apuntado en una aplicación juntos, pero separado del "foster child."
- **¿Podrán los migrantes, los que no tienen hogar, o los que se han ido de casa, calificar para recibir alimentos gratis?** Si usted no ha sido informado que ellos van a recibir alimentos gratis, llame a Mrs. Peggy Dellahoussayé-Harrington al (219) 933-2455, para ver si sus hijos califican.

Board of School Trustees

Mrs. Albertine M. Dent
Ms. Anna Mamala
Mrs. Cindy Murphy
Mrs. Rebecca Ward
Mrs. Deborah White

Administration

Ms. Ruth A. Mueller, *Chief Administrator for Curriculum*
Ms. Eliza Vela, *Chief Administrator for Human Resources*
Ms. Karen Wallisch, *Chief Administrator for Business*

RESPUESTAS A OTRAS PREGUNTAS QUE USTED PUEDA TENER SOBRE SU SOLICITUD

¿Podré solicitar si alguien en mi familia no es un ciudadano americano? Si. Usted no necesita ser ciudadano de los Estados Unidos para calificar para alimentos gratis o a bajo costo.

¿A quiénes deberé incluir como miembros de mi familia? Usted deberá incluir a todas las personas que vivan en su familia, ya sean parientes o no (tales como abuelos, otros parientes o amigos). Usted deberá incluirse a usted mismo y todos sus hijos.

¿Será revisada la información que yo proporcione? Si, le podremos pedir que nos envíe una prueba por escrito de la información que usted proporcione.

¿Qué pasaría si mis ingresos no son siempre los mismos? Dé la cantidad que usted normalmente recibe. Por ejemplo, si usted recibe normalmente \$1,000 cada mes, pero usted faltó al trabajo el mes pasado y sólo recibió \$900, reporte que recibe \$1,000 por mes. Si usted normalmente recibe tiempo extra, inclúyalo, pero no lo incluya si sólo lo recibe ocasionalmente.

Yo recibo WIC. ¿Podrán mis hijos obtener alimentos gratis? Los niños de familias que reciben “WIC” podrán calificar para recibir alimentos gratis o a bajo costo. Por favor, llene la solicitud.

Estamos en el servicio militar; ¿incluimos los ingresos recibidos para la habitación como ingreso? Si sus ingresos para la habitación es parte del la iniciativa de la privatización habitacional, no incluya sus ingresos para la habitación como ingreso. Todos los demás ingresos deberán ser incluidos en su ingreso bruto.

Si no califico ahora, ¿puedo aplicar de nuevo después? Si, usted podrá aplicar en cualquier momento durante el año escolar si el tamaño de la familia incrementa, disminuye o si comienza a recibir bonos alimenticios o TANF. Si usted pierde su trabajo, sus hijos podrán obtener alimentos gratis o a bajo costo durante el tiempo que usted esté desempleado.

¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la decisión que se tomó sobre mi solicitud? Por favor, llame a la escuela y pida hablar con el director.

¿Puedo apelar a la decisión de la escuela? Si usted está en desacuerdo con la decisión de la escuela sobre su solicitud o el resultado de la verificación, usted tiene el derecho a una audiencia justa. Esto se podrá hacer llamando o escribiendo al siguiente oficial: Mr. Will Wraggs, 41 Williams St., Hammond, IN 46320 (219) 933-2400 ext. 1070.

¿Serán mis hijos tratados con diferencia porque reciben alimentos o leche gratis o a bajo costo? No. Sus hijos no serán identificados o tratados con diferencia de los niños que pagan sus alimentos a costo normal.

¿Qué pasaría si algunos de mis hijos reciben bonos alimenticios o TANF y otros no? En la solicitud, llene la sección con los números de casos de bonos alimenticios o TANF para aquellos niños que lo reciben. Llene la sección proporcionando los nombres de todos los miembros de la familia y el ingreso que cada uno recibió el mes anterior. Bajo “Ingresos” incluya los pagos del TANF que su familia recibe, pero no las cantidades de los bonos alimenticios. Firme la solicitud y dé su número de seguro social.

Si ya no recibo bonos alimenticios o TANF, ¿puedo poner el número del caso anterior? No. Solamente los números de casos de bonos alimenticios o TANF actuales podrán ser utilizados en esta solicitud.

¿Podré usar mi número EBT para obtener alimentos gratis? No. Usted deberá usar el número del caso actual de bonos alimenticios. Póngase en contacto con su trabajador del caso, si usted no sabe su número del caso.

Para poder recibir beneficios para la ayuda de los libros de texto, las solicitudes se deberán recibir antes del 30 de septiembre, 2009. Las solicitudes para calificar para alimentos gratis o a bajo costo podrán ser obtenidas en cualquier momento durante el año escolar.

Usted será notificado cuando la solicitud haya sido aprobada o declinada.

Si usted tiene cualquier otra pregunta o necesita ayuda, por favor, llame a la escuela.

Sinceramente,

El/La Director(a)

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE COMIDAS GRATIS O A PRECIO REDUCIDO

Para solicitar alimentos gratis o a bajo costo, llene esta solicitud utilizando las instrucciones abajo mencionadas, firme y regrese la solicitud a la escuela. Si necesita ayuda, llame a la escuela.

Hogares que Reciben Cupones De Alimentos o TANF:

1. En la Parte 1, llene la información para cada niño e incluya el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF. Los números de **EBT** y **Hoosier Healthwise** **NO** le califican para recibir beneficios.
2. En la Parte 2, marque la casilla apropiada.
3. Salte las Partes 3 y 4.
4. Parte 5: Un adulto tiene que firmar la aplicación. No se requiere un número de Seguro Social.
5. Parte 6 y 7: Estas preguntas son opcionales.

Niños migrantes, niños sin hogar, o niños que han abandonado su hogar: Marque la casilla apropiada y comuníquese con la persona indicada de la escuela para ayuda—ésta será el coordinador de los niños sin hogar o el de los niños migrantes.

Hijo De Crianza: Llene una aplicación por cada hijo de crianza.

1. Salte las Partes 1, 2, y 4.
2. INGRESOS: Escriba solamente el ingreso de uso personal del niño. Escriba "0" si el niño no recibe ningún ingreso para "uso personal".
3. Parte 5. Un adulto tiene que firmar la aplicación. No se requiere un número de Seguro Social.
4. Las Partes 6 y 7 son opcionales.

Todos Los Demás Integrantes Del Hogar: Incluyendo los que reciben WIC

1. Llene la Parte 1 para todos los niños matriculados en las escuela.
2. Salte las Partes 2 y 3.
3. Parte 4. **INTEGRANTES DEL HOGAR:** Escriba los nombres y apellidos de todos los integrantes del hogar. Inclúyase a sí mismo, a los niños mencionados en la aplicación, a su cónyuge, a **TODOS** los demás niños, a abuelos y a las demás personas que viven en su hogar, ya sean parientes o no. Utilice otra hoja de papel si es necesario.
4. **INGRESOS ACTUALES:** Indique la cantidad de los ingresos que cada integrante del hogar recibió, sin deducción de impuestos ni cualquier otra deducción, y la procedencia de dichas cantidades, como por ejemplo salario, asistencia social, pensiones u otros ingresos. Si algunos de los montos recibidos fueron mayores o inferiores que los habituales, indique el ingreso mensual normal de la persona. Coloque una marca (✓) si no recibe ingresos.
5. Parte 5. Un adulto tiene que firmar la aplicación e incluir su número de Seguro Social. En caso de que dicha persona no tenga un número de Seguro Social, coloque una marca (✓).
6. Las Partes 6 y 7 son opcionales.

OTROS BENEFICIOS: Coloque una marca (✓) en las partes donde desee que la información se pueda compartir. Al firmar esta sección usted permite a la escuela compartir la información que demuestra que ha solicitado los beneficios de comidas gratis o a precio reducido, otorgados bajo el Programa Nacional de Comidas de Escuela. Esta información se usará solamente para los programas que usted ha indicado en la aplicación.

Asistencia Con los Libros de Texto

– En 1999 la Cámara de Diputados Acta 1001 incluye asistencia para niños que están matriculados en la escuela para recibir comidas gratis o a precio reducido. Usted **tiene que** contestar esta pregunta y firmar para poder recibir asistencia con los libros de texto. **No es obligatorio** contestar esta pregunta para recibir beneficios alimenticios.

Note: Si usted también está aplicando para el programa de Asistencia con los Libros de Texto hay cosas adicionales específicas que debe completar aparte de los requisitos para comidas gratis o a precio reducido. **1)** Vive con padre/familiar encargado (*Familiar encargado* se refiere a un familiar, por sangre o por ley, con quien vive el niño y quien ejerce la responsabilidad de un padre (cuidado y control del niño) en la ausencia de los padres. Por ejemplo: abuelos, tíos, primos, padrastros y hermanos mayores de edad.), **2)** grado escolar, y **3)** averigüe si está aplicando para Asistencia con los Libros de Texto y firme bajo la sección Otros Beneficios.

Su aplicación deberá llevar dos firmas.

Twenty-first Century Scholars

– Si su hijo es un ciudadano estadounidense y está en los grados 6-8 actualmente, pide información en la escuela acerca de como aplicar para el programa de Twenty-First Century Scholars – una programa de promesa anticipada que ayude a los alumnos preparar y pagar la matrícula de la universidad.

Hoosier Healthwise

– Su niño podrá recibir beneficios de salud gratis con el programa *Hoosier Healthwise o Medicaid*. Si usted desea que esta información se comparta para los efectos de Hoosier Healthwise, favor de firmar. Para obtener información acerca de Hoosier Healthwise, por favor llame a 1-800-889-9949.

INGRESOS A DECLARAR EN LA APLICACIÓN:

Remuneraciones Por Trabajo

Jornales/salarios/propinas
Beneficios de huelga
Compensación por desempleo
Compensación al trabajador
Ingresos netos de algún negocio o granja de su propiedad

Asistencia Social/Pensión de Menores/Pensión por Separo o Divorcio

Pagos de asistencia pública
Pagos de asistencia social
Pensión por Separo o Divorcio
Pensión de Menores

Pensión – Jubilación/Seguro Social

Pensiones
Pensión de Jubilación
Seguro Social
Pagos a veteranos
Seguro Social suplementario

Otros Ingresos

Ingresos de un segundo empleo
Beneficios por incapacidad
Intereses/Dividendos
Efectivo retirado de una cuenta de ahorros
Ingresos de Patrimonio Sucesorio/
Fideicomisos/Inversiones
Contribuciones regulares de personas que no viven en el hogar
Regalías Netas/Rentas Vitalicias/
Alquileres Netos
Cualquier otro ingreso que pueda ser usado para pagar las comidas del niño

School City of Hammond 4710

CORPORACIÓN ESCOLAR

NUMERO DE LA CORPORACIÓN

APLICACIÓN PARA COMIDAS ESCOLARES GRATIS O A PRECIO REDUCIDO Y OTROS BENEFICIOS

Una aplicación por hogar – Efectivo 1 de julio, 2005

Parte 1. Niños en la escuela. Para aplicar para comidas gratis o a precio reducido y otros beneficios para su(s) hijo(s), cuidadosamente llene, firme y regrese esta aplicación a la escuela. Si necesita ayuda para llenarla, favor de llamar a la escuela.

NOMBRE DEL NIÑO (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Vive con padre/familiar encargado	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	# de caso de TANF o de Cupones para Alimentos (Si recibe ambos escriba el # TANF)
	SI - NO				
	SI - NO				
	SI - NO				
	SI - NO				

Si todos los habitantes de la casa reciben cupones para alimentos o TANF – salte esta sección y pase a la Parte 5.

Parte 2. Si el niño para el que usted aplica es un niño migrante, sin hogar, o que ha abandonado su hogar, marque la casilla apropiada y llame a migrante - Mrs. Peggy Dellahoussaye-Harrington: (219) 933-2455 or se ha ido de casa sin hogar - Ms. Jerutha Lay: (219) 989-3950 ext. 3530.

NOMBRE DEL NIÑO (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)	Vive con padre/familiar encargado	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	# de caso de TANF o de Cupones para Alimentos (Si recibe ambos escriba el # TANF) <u>Q</u> Ingreso Mensual para Uso Personal (si no tiene ingresos escriba cero)
	SI - NO				

TODOS LOS DEMÁS INTEGRANTES DEL HOGAR

Parte 4. LISTE TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

TOTAL DE INGRESOS (antes de deducciones) EN EL HOGAR

Ejemplo: \$100/mensuales o \$100/cada 2 semanas o \$100/semanales

NOMBRE (Ejemplo) Jane Smith	Ganancias del trabajo antes de deducciones	Pagos de asistencia social, pensión por menores, pensión de divorcio				Pensiones, pensiones de jubilación, ingresos de Seguro Social				Otros Ingresos Recibidos				Marque si NO hay ingresos				
		Semanales cada 2 semanas	Mensuales	Annual	Pagos	Semanales cada 2 semanas	Mensuales	Annual	Pensiones	Semanales cada 2 semanas	Mensuales	Annual	Recibidos					
	\$ 200	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 150	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 5. FIRMA: Yo certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela recibirá fondos federales basado en la información que yo proveo. Yo entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar dicha información. Yo entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niños podrían perder los beneficios de comidas y yo podría ser demandado.

X _____ Firma de un adulto miembro del hogar	X _____ Número de Seguro Social	No tengo número de Seguro Social	X _____ Teléfono particular	X _____ Teléfono del trabajo
X _____ Nombre del adulto miembro del hogar (en letra de imprenta)	X _____ Fecha firmada		_____ Domicilio	_____ Código Postal

Parte 6. OTROS BENEFICIOS: No es necesario llenar esta sección para recibir comidas gratis o a precio reducido.

Si su hijo es un ciudadano estadounidense y está en los grados 6-8 actualmente, pide información en la escuela acerca de como aplicar para el programa de Twenty-First Century Scholars – una programa de promesa anticipada que ayude a los alumnos preparar y pagar la matrícula de la universidad.

Desea recibir asistencia con los libros de texto? <input type="checkbox"/> SI - Firme a la derecha → <input type="checkbox"/> NO	Yo certifico que soy el padre/guardián del niño objeto de la aplicación. Mi firma autoriza que la información contenida en esta aplicación se puede compartir con los programas que están marcados. Renuncio a mis derechos confidenciales solamente para estos fines. X _____ FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN	FECHA	Sólo para el uso de la escuela: Approved Denied Not Applicable
--	---	-------	---

* Esta información se compartirá con la oficina de FSSA de acuerdo con I.C. 20-33-5-2 y I.C 12-14-28-2 para cumplir con 45 C.F.R. Partes 260 y 265.

Si desea compartir esta información con Hoosier Healthwise, véase la página 2.

La información contenida en esta solicitud se podrá compartir con la oficina de FSSA para propósitos de establecer quienes podrán optar recibir comidas gratis o seguro de salud gratis o a precio reducido bajo Medicaid or Hoosier Healthwise. Si DESEA compartir la información contenida en esta solicitud para estos propósitos, favor de firmar a continuación. Certifico que soy el padre o adulto del grupo familiar del niño objeto de la solicitud. Autorizo que se comparta esta información con esos fines.

X _____ Fecha _____ Para obtener información de seguro de salud llamar A Hoosier Healthwise 1-800-889-9949

Parte 7. RAZA Y GRUPO ETNICO Opcional - Usted no tiene que responder. A ningún niño se le podrá discriminar por raza, color, sexo, origen nacional, edad o incapacidad.	Marque una o más de las identidades raciales: () Asiático () De raza Negra o Afro-Americano () Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska () Hawaiano o de otra isla del Pacífico () Blanco	Marque una identidad étnica: () Hispano o Latino () No Hispano ni Latino
---	--	---

Declaración del Acta de Privacidad: Esto explica como nosotros usaremos la información que usted nos provea.

El Acta Nacional del Almuerzo Escolar, Richard B. Russell, exige la información en esta aplicación. Usted no tiene que dar la información pero si no lo hace, no se puede autorizar que su hijo(a) reciba comidas gratis o a precio reducido. Se requiere el Número de Seguro Social del adulto miembro del hogar quien firma la aplicación, a menos de que se liste el número de caso de Cupones para Alimentos o TANF para el hijo(a) para el cual está aplicando, o si usted está aplicando para un menor a cargo de servicios sociales. Usted tiene que marcar la casilla que dice "Yo no tengo Número de Seguro Social" si el adulto miembro del hogar que firma la aplicación no tiene un Número de Seguro Social. Nosotros USAREMOS su información para determinar si su hijo(a) califica para comidas gratis o a precio reducido, para manejar el programa, y para cumplir con las reglas del programa. Nosotros PODRÍAMOS compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y personal de justicia para ayudarles a investigar el uso irresponsable de las reglas del programa.

Declaración de No-Discriminación: Esto explica qué hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente.

De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, está prohibido que esta institución discrimine basado en raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un empleador y proveedor de igualdad en las oportunidades de trabajo.

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL DE LA ESCUELA -- NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA

CONVERSION TO ANNUAL INCOME:		
WEEKLY INCOME X 52	EVERY 2 WEEKS X 26	MONTHLY INCOME X 12

ELIGIBILITY DETERMINATION

Income Eligibility: Total Household Size: _____ Total Income:\$ _____ <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Annual
OR Categorical Eligibility: <input type="checkbox"/> Food Stamp <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Runaway
Eligibility Determination: <input type="checkbox"/> Approved Free <input type="checkbox"/> Approved Reduced-Price <input type="checkbox"/> Denied
Reason for Denial: <input type="checkbox"/> Income Too High <input type="checkbox"/> Incomplete Application <input type="checkbox"/> Other(Reason) _____
Temporary: <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Reduced Time Period: _____ (expires after _____ days)
Signature of Determining Official: _____ Date: _____
Date Withdrawn: _____

VERIFICATION

Confirmation Review Official: _____				
Date Verification Notice Sent: _____	Approval Based On: <input type="checkbox"/> Food Stamp / TANF Case Number <input type="checkbox"/> Other Categorical <input type="checkbox"/> Household Size and Income	Verification Results: <input type="checkbox"/> No Change <input type="checkbox"/> Free to Reduced <input type="checkbox"/> Free to Paid <input type="checkbox"/> Reduced to Free <input type="checkbox"/> Reduced to Paid	Reason for Change: <input type="checkbox"/> Income: _____ <input type="checkbox"/> Household Size: _____ <input type="checkbox"/> Change in Food Stamp /TANF <input type="checkbox"/> Did not respond <input type="checkbox"/> Other: _____	Date Notice of Change Sent: _____ Date Change Made: _____
Date Response Due from Households: _____	Date Second Notice Sent (or N/A): _____	Date Hearing Requested: _____	Verifying Official's Signature: _____	
Hearing Decision: _____			Date: _____	