

ATTN. PARENTS/GUARDIANS:

As a result of the Community Eligibility (CEP) for the National School Lunch Program (NSLP) and School Breakfast Program (SBP), **SELECT 1 ISD SCHOOLS ARE NOW ELIGIBLE TO PROVIDE FREE BREAKFAST AND LUNCH FOR ALL STUDENTS ON THEIR CAMPUS.** Participating schools include: LP Waters, Carver Elementary, Crockett Elementary, Katherine G Johnson STEM Academy, Houston Education Center, Travis Elementary and Sixth Grade Center.
The Household Income Form below must be completed for ALL students attending one of these schools.



2020-2021 Income Qualification Form

If any member of your household receives Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, formerly food stamps) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) benefits, provide the name and 8- or 9-digit EDG number for the person who receives the benefits.

GREENVILLE ISD
LESSONS FOR WHEREVER LIFE LEADS

Name: _____ 8- or 9-Digit EDG#: _____

- 1. SIZE OF FAMILY** - Indicate the total number of individuals living in your household, including all adults and children: _____
- 2. STUDENT INFORMATION** - Complete for each student Pre-K through 12th grade

LAST NAME	FIRST NAME	BIRTH DATE MM-DD-YY	SCHOOL	IDENTIFY H if Homeless M if Migrant R if Runaway F if Foster
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

If you need additional lines, attach a second sheet to this survey or attach a copy of this survey clearly marked as Page 2

- 3. TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME** – Report Income for all members of household excluding foster children. If you have reported a case number above, you do not need to complete this section; proceed to section 4.

TYPE OF INCOME	INCOME	CIRCLE IF NO INCOME
1. Gross Monthly Earnings: Wages, Salary, Commissions	\$	None
2. Monthly Welfare Payments, Child Support, Alimony	\$	None
3. Monthly Payments from Pensions, Retirement, Social Security	\$	None
4. Monthly Dividends or Interest on Savings	\$	None
5. Monthly Worker's Compensation, Unemployment, Strike Benefit	\$	None
6. Other Monthly Income (SSI, VA, Disability, Farm, other)	\$	None
TOTAL MONTHLY HOUSEHOLD INCOME (ADD LINES 1-6)	\$	

- 4. SIGNATURE** - If Income Section is completed, the adult signing the form must also list the last four (4) digits of his or her Social Security number or check the "I do not have a Social Security number" box below.

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand the school will be eligible for certain federal and/or state funds based on the information I give. I understand that the school officials may verify (check) the information. I understand that if I purposely give false information, my child may lose benefits and I may be prosecuted.

Sign Here: X _____ Print Name: _____ Date: _____

Last Four (4) Digits of Adult Social Security Number: XXX-XX-_____ I do not have a Social Security Number

Address _____ City _____ Zip Code _____

Home Phone _____	Work Phone _____	Email Address _____
------------------	------------------	---------------------

By providing your email address, you may be contact via email by the district.

FOR OFFICE USE ONLY: (Circle One)	QUALIFIES	DOES NOT QUALIFY
--	------------------	-------------------------

The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Atención Padres/Guardianes:

Como resultado de la elegibilidad comunitaria (CEP) para el programa nacional de almuerzos escolares (NSLOP) y el programa de desayunos escolares (PAS), las escuelas de ISD ahora son elegibles para proveer desayuno y almuerzo gratis para todos los estudiantes en su escolar. Las escuelas participantes incluyen: LP Waters, Carver Elementary, Crockett Elementary, Katherine G Johnson STEM Academy, Houston Education Center, Travis Elementary and Sixth Grade Center.

El formulario de ingreso del hogar abajo debe ser completado para todos los estudiantes que asisten a una de estas escuelas.orm below must be completed for ALL students attending one of these schools.



2019-2020 Formulario de calificación de ingresos

Si algún miembro de su familia recibe el programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, anteriormente estampillas para alimentos) o asistencia temporaria para familias necesitadas (TANF), proporcione el nombre y el número de EDG de 8 ó 9 dígitos para la persona que recibe los beneficios.

GREENVILLE ISD
LESSONS FOR WHEREVER LIFE LEADS

Nombre: _____ EDG # de 8 o 9 dígitos: _____

1. Tamaño de la familia-indique el número total de personas que viven en su hogar, incluyendo a todos los adultos y niños: _____

2. Información del estudiante-completar para cada estudiante pre-K hasta el grado 12

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento MM-DD-YY	Escolar	Identificar h si sin hogar M si migrante R si fugitivo F si formentar
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Si necesita líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como página 2

3. ingreso total mensual del hogar – informe de ingresos para todos los miembros del hogar excluyendo a los niños adoptivos. Si ha reportado un número de caso anterior, no necesita completar esta sección; proceda a la sección 4.

Tipo de ingreso	Ingreso	círculo si no hay ingresos
1. Ingresos mensuales brutos: salarios, sueldos, comisiones	\$	ninguna
2. pagos mensuales del bienestar, manutención del niño, pensión alimenticia	\$	ninguna
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilación, seguridad social	\$	ninguna
4. Dividendos mensuales o intereses de ahorro	\$	ninguna
5. Remuneración mensual del trabajador, desempleo, beneficio de huelga	\$	ninguna
6. Otros ingresos mensuales (SSI, va, incapacidad, granja, otros)	\$	ninguna
Ingreso total mensual del hogar (agregar líneas 1-6)	\$	

4. firma-si se ha completado la sección de ingresos, el adulto que firma el formulario también debe enumerar los últimos cuatro (4) dígitos de su número de seguro social o chequear el cuadro "no tengo un número de seguro social" abajo.

Certifico (prometo) que toda la información sobre esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos son reportados Entiendo que la escuela será elegible para ciertos fondos federales y/o estatales basados en la información que doy. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar la información. Entiendo que si deliberadamente doy información falsa, mi hijo puede perder beneficios y yo puedo ser procesado.

Firmar aquí: _____ Imprime nombre: _____ Fecha: _____
 últimos cuatro (4) Dígitos del número de seguro social para adultos: XXX-XX-_____ No tengo un número de seguro social

Dirección	Ciudad	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico
Sólo para uso en la oficina: (Circle One)		
Califica		No califica

El Departamento de agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre las bases de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género, la religión, las represalias y, en su caso, las creencias políticas, el estado civil, el estatus familiar o parental, la orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o de información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiado por el Departamento. (no todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo. Si desea presentar una queja de discriminación por el programa de derechos civiles, complete el formulario de quejas sobre discriminación en el programa del USDA, que se encuentre en línea en http://www.ASCR.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el Forma. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe su formulario de reclamación o carta completa a nosotros por correo al Departamento de agricultura de los Estados Unidos, Director, oficina de adjudicación, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410.