

# 儿童营养服务

Ša Ář ^||| æ, 儿童营养和健康主任

亲爱的家长/监护人:

孩子们需要健康餐食来保障学习。锡卡莫尔每个上学日都提供健康餐食。K-6 年级的早餐价格为 1.55 美元，7-12 年级为 1.8 美元。K-6 年级的普通午餐价格为 2.8 美元，Edwin H. Greene 的超级午餐价格为 3.05 美元；SJH 的午餐价格为 3.05 美元或 3.55 美元或 4.05 美元（视主菜而定）；SHS 的午餐价格为 3.05 美元、3.55 美元或 4.05 美元。贵子女可能有资格享受餐费减免。无论选择哪一级别的餐食，只要餐盘中包含必要的餐食，即可享受餐费折扣，早餐降低 0.3 美元，午餐降低 0.4 美元。\*所有餐食都要求选购一份水果或蔬菜。以下是关于如何申请餐费减免的信息包。下面是一些常见问答，可帮助您完成这个过程。

## 1. 谁能获得餐费减免？

- 享受补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 或 Ohio Works First (OWF) 福利的家庭子女都有资格获得免费餐食。
- 由寄养服务机构或法院承担法律责任的寄养儿童均有资格获得免费餐食。
- 参加学校启智 (Head Start) 计划的孩子均有资格获得免费餐食。
- 符合无家可归者、离家出走者或移民者定义的孩子均有资格获得免费餐食。
- 如果孩子所在的家庭收入在“联邦收入资格准则”的限定之内，其可能会获得餐费减免。如果您的家庭收入等于或低于此图给出的限定值，那么贵子女也可能有资格获得餐费减免。请予以申请，儿童营养服务中心的工作人员将就此作出决定。

联邦资格收入图 (2026-27 学年)			
家庭人数:	年度总收入:	月度总收入:	周度总收入:
1	\$27,861	\$2,322	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$1,879
每增加一人:	\$9,953	\$830	\$192

2. 我如何得知我的孩子是否符合无家可归者、移民者或离家出走者的条件？您的家庭成员没有固定住址吗？是否一起住在某个收容所、酒店还是其他临时住处？您的家庭是否季节性搬迁？与您一起生活的孩子中是否有孩子曾选择离开他们之前的家人或家庭？如果您认为您家庭的孩子符合这些描述，但没有被告知其将获得免费餐食，请拨打 513-686-1700 向 Mark Zimmerly 反映您的生活情况。

3. 我需要为每个孩子填写一份申请表吗？不。您可以为家庭中的所有学生填写一张申请表。如果申请表填写的内容不完整，我们将不予批准，所以请务必填写所有必要信息。请将填妥的表格返回至儿童营养服务中心 (CNS) 或您孩子的学校。

4. 我可以在网上申请？可以！我们鼓励网上申请，因为如此可立即收到申请结果。

- 如何进行网上申请：输入此处的 URL - <https://www.payschoolscentral.com/>
  - 创建用户名和密码（若没有），然后登录
  - 完成此步骤后，您只需要填写餐食申请表即可。
- 您也可以在学区网站上找到可打印的表格，网址：[www.sycamoreschools.org](http://www.sycamoreschools.org)。在该网站的“Services”（服务）选项卡中单击“Child Nutrition”（儿童营养）即可找到该表格。
  - 如果使用可打印的表格，填写完毕后，请返回至您孩子的学校或位于学区办公室的儿童营养服务中心，地址：5959 Hagewa Dr., Cincinnati；邮编：45242。

5. 如果我在本学年收到一封信，信中提到我的孩子已经获批可以免费用餐，我是否还需要填写申请表？不。但请详阅所收到的信函，并谨遵其说明。如果此资格通知书遗漏了您家庭中的任何孩子，请立即致电 513-686-1796 与儿童营养服务中心取得联系。您可能还需要提交有关费用减免的信息。

6. 我孩子的申请去年已获批。我还需要重新填写一份表格吗？需要。申请成功后，仅在本学年以及下学年的前几天有效。您必须提交一份新申请，除非学校通知您贵子女有资格在新学年继续享有资格。如果您没有提交学校批准的新申请，或者您没有收到贵子女有资格享受免费用餐的通知，那么短暂的延后期之后，大约将于 9 月底收取您孩子的全额餐费。

7. **我有 WIC。我的孩子（们）可以享有免费餐食吗？** 请填写一份申请表，以确认您是否符合条件。
8. **需要核查我提供的信息吗？** 是的，我们可能要求您发送书面证明。如不予发送，可能会导致丧失餐费减免机会。
9. **如果我现在没有资格，我以后可以申请吗？** 可以。您可以在该学年的任何时候提出申请，也可以在您的家庭收入或人数发生变化时予以申请。
10. **关于学校对本人申请的决定，如果有异议该怎么办？** 首先，您应该拨打 686-1796，致电儿童营养服务中心，核查所提供的资料正确无误。您也可以与地区财务主管 Jenni Logan 联系要求进行听证，可拨打电话 686-1700 或写信给他，邮寄地址：Jenni Logan, District Treasurer, 5959 Hagewa Drive, Cincinnati, Ohio 45242。
11. **如果我的家庭成员中有人不是美国公民，我可以申请吗？** 可以。您或您的孩子（们）不是美国公民，也有资格申请。
12. **如果我的收入不稳定，时常变化呢？** 列明您通常的收入金额。如果您通常每月挣 1,000 美元，但上个月错过了一些工作，实入账 900 美元，那么，计入每月 1,000 美元。如果您经常加班，需要计入加班费；但如果只是偶尔加班，则不需要计入加班费。如果失业，或者工作时间或工资减少，则计入您当前的收入。
13. **如果一些家庭成员没有收入可资上报怎么办？** 家庭成员可能没有我们要求您在申请时予以上报的某些类型的收入，或者可能根本没有任何收入。如果出现这种情况，请在此字段中填写 0。但如果任何收入字段为空，这些字段也将被计作零。请尽量不要在收入字段留空，因为我们会假定您有意这样做。如果没有收入，您还应该为其名称右侧的复选框勾选“无收入”。
14. **我们是军人。上报我们的收入时有什么不同吗？** 您的基本工资和现金奖金必须作为收入予以上报。如果您获得任何具有现金价值的津贴，包括军事基地以外的住房、食物或衣服，也必须作为收入予以上报。但是，如果您的住房是“军事住房私有化计划”(Military Housing Privatization Initiative) 的一部分，则不必计为收入。任何因部署而产生的额外战斗报酬也不应计为收入。
15. **如果申请表上的空间不足以填写我的所有家庭成员怎么办？** 在线申请！或者单独在另一张纸上列出任何额外的家庭成员，并将其附在申请中。您还可以使用另外一张申请表并将其附加到原申请表中。
16. **为什么申请中要求我同意费用减免条件？** 按照要求，对那些有资格享受学校餐费减免的孩子，俄亥俄州公立学校要免除教学费。那些有资格减免费用的人，也有资格在参加锡卡莫尔的其他计划时减免费用，如学费、课外活动、暑期班、全日制幼儿园等费用。为了获得这些费用减免，您必须同意与那些负责免除这些费用的人员分享您的申请状态。如果不同意，您将自行负责支付这些费用。同意与否并不影响您的孩子（们）是否有资格享有餐费减免。
17. **我的家人需要更多帮助。我们还可以申请其他计划吗？** 如欲了解如何申请 SNAP 或其他福利，请与您当地援助办公室联系，或拨打 877-852-0010。如果您有其他问题或需要其他帮助，请拨打 686-1796 联系 CNS。
18. **我无法使用电脑进行网上申请，或没有打印机，不能打印申请表。我如何获得家庭餐食减免申请表？** 请前往学区办公室或您孩子的学校。办公室的工作人员可以给您一份打印副本。您还可以发送邮件至 [zinnecker@sycamoreschools.org](mailto:zinnecker@sycamoreschools.org) 联系 CNS 办公室，CNS 职员会给您邮寄一份复印件。请注意，这会延长申请过程，因为只有收到填妥的副本之后，我们才会处理表格。

如果您有任何其他问题，或者在手写或电子填写申请时需要帮助，请联系锡卡莫尔儿童营养服务中心，电话：513-686-1796，工作时间：周一 - 周五，上午 8:00 - 下午 4:30。 *Nij Y gmo cp - 儿童营养和健康主任*

## 对申请的说明

请找出最符合您家人情况的类别，并谨遵这些说明操作。就本表格而言，“家庭成员”是指与您一起生活的所有孩子或成人。如果您有问题，可随时致电 513-686-1796 与 CNS 办公室联系。每学年都必须亲自上交或在线提交一份新申请，其中包括您家里在锡卡莫尔上学的所有学生以及其他家庭成员。若非如此，您家里的学生则需支付全额餐食费用。收到并批准申请后，用餐福利将从当天起生效。用餐福利生效前产生的餐费不予免除，将由家长/监护人负责。

**\*\*如果您刚刚加入餐费减免计划或锡卡莫尔社区学校，请勾选右上角的复选框以进行标注\*\***

---

### 电子申请餐费减免：

对于餐费减免申请，锡卡莫尔社区学校现在提供电子提交方式。请登录 - <https://www.payschoolscentral.com/> 进行在线申请，您会立即收到关于您孩子用餐状况的回复。欢迎来到位于学区办公室的儿童营养服务中心，使用我们的电脑网上填写此申请。

---

享受补充营养援助计划（SNAP，前身为“食品券计划”（Food Stamp Program）或 Ohio Works First (OWF) 福利的家庭，请遵照以下说明：

**\*\*如果您刚刚加入餐费减免计划或锡卡莫尔社区学校，请勾选右上角的复选框以进行标注\*\***

**第 1 部分：**列明所有家庭成员，包括每个孩子的姓名、学校和年级。

**第 2 部分：**列明享受 SNAP 或 OWF 福利的每个家庭成员的 7 位个案编号。

**第 3 部分：**如果有的话，请勾选相应方框。

**第 4 部分：**跳过

**第 5 部分：**选择同意或不同意，以确定是否同意将您的申请状态用于决定其他费用减免。签字并署日期。

**第 6 部分：**如果您愿意，请回答这个问题。

**第 7 部分：**签署表格（在本例中，不需要填写您的社会保险号后四位）。请将填妥的表格上交至您孩子的学校或儿童营养服务中心 (CNS) 办公室，地址：5959 Hagewa Drive。

**\*\*如果您今年收到儿童营养服务中心有关直接认证信函，则无须提交此申请\*\***

---

如果您家里没有任何成员享有 SNAP 或 OWF 福利，但是您家里有一个孩子是无家可归者、移民者或离家出走者，请遵照以下说明：

**第 1 部分：**列名所有家庭成员以及每个孩子的学校名称和年级。家庭成员是指和您一起生活的所有孩子或成人。

**第 2 部分：**跳过此部分。

**第 3 部分：**如果您的申请对象是无家可归、移民或离家出走的孩子，请勾选相应的复选框，并拨打 513-686-1700，联系无家可归/离家出走协调员 Mark Zimmerly。

**第 4 部分：**只有当您家里的孩子不符合第 3 部分要求时才须填写此部分。请参阅针对“所有其他家庭”的说明。

**第 5 部分：**选择同意或不同意，以确定是否同意将您的申请状态用于决定其他费用减免。签字并署日期。

**第 6 部分：**如果您愿意，请回答这个问题。

**第 7 部分：**签署此表格。填写社会保险号后四位（如果您不需填写第 4 部分，则不需要填写此处）。请将填妥的表格上交至您孩子的学校或位于学区办公室的 CNS。

---

如果您家里的所有孩子都是寄养儿童，请遵照以下说明：

**第 1 部分：**列名所有家庭成员以及每个孩子的学校名称和年级。如果您的孩子是寄养儿童，请勾选该复选框。

**第 2 部分：**跳过此部分。

**第 3 部分：**跳过此部分。

**第 4 部分：**跳过此部分。

**第 5 部分：**选择同意或不同意，以确定是否同意将您的申请状态用于决定其他费用减免。签字并署日期。

**第 6 部分：**如果您愿意，请回答这个问题。

**第 7 部分：**签署此表格。填写社会保险号后四位（如果您不需填写第 4 部分，则不需要填写此处）。请将填妥的表格上交至您孩子的学校或位于学区办公室的 CNS。

---

如果您家里的有些孩子是寄养儿童，请遵照以下说明：

**第 1 部分：**列明所有家庭成员，包括每个孩子的姓名、学校和年级。对于任何一个没有收入的家庭成员，包括孩子，您必须勾选“无收入”(No Income) 复选框。如果您的孩子是寄养儿童，请勾选该复选框。

**第 2 部分：**如果该家庭没有 7 位的 SNAP 或 OWF 个案编号，则跳过此部分。

**第 3 部分：**只有当您家里的孩子不符合第 1 部分要求时才须填写此部分。

**第 4 部分：**一个成年家庭成员必须在表格上签字，并列明其社会保险号后四位（如果她/他没有社会保险号，可以勾选相应复选框）

**第 5 部分：**选择同意或不同意，以确定是否同意将您的申请状态用于决定其他费用减免。签字并署日期。

**第 6 部分：**如果您愿意，请回答这个问题。

**第 7 部分：**签署此表格。填写社会保险号后四位，如果没有，则勾选相应复选框。请将填妥的表格上交至您孩子的学校或儿童营养服务中心，地址：5959 Hagewa Drive。

如果以上描述均不适用于您的家庭，请遵照以下说明：

**\*\*如果您刚刚加入餐费减免计划或锡卡莫尔社区学校，请勾选右上角的复选框以进行标注\*\***

**第 1 部分：**列明所有家庭成员，包括每个孩子的姓名、学校和年级。对于任何一个没有收入的家庭成员，包括孩子，您必须勾选“无收入”(no income) 复选框。

**第 2-3 部分：**跳过这些部分。

**第 4 部分：**遵照以下指示，上报本月或上月的家庭总收入：

- **第 1 节 - 姓名：**列明有收入的所有家庭成员
- **第 2 节 - 总收入以及收入发放频率：**对于第 1 节所列的每个家庭成员，请列明其每个月的各类收入。您必须告诉我们收入发放频率 - 每周一次、每两周一次、每月两次或每月一次。

**收入：**一定要列明**总收入**，而不是实得工资。总收入是扣除税金和其他扣除额之前的收入。您能够在工资单上或老板处得知总收入。

**通过福利、子女抚养和赡养费获得的收入：**列明每个人收到的金额。

**通过退休福利、社会保障、补充保障收入 (SSI)、退伍军人福利 (VA 福利) 和残障福利获得的收入：**列明每个人收到的金额。

**所有其他收入：**列明工伤赔偿、失业或罢工福利、非家庭成员的定期捐款，以及任何其他收入。不包括家庭从配售机构获得的 WIC 和联邦教育福利，以及寄养津贴。如果您是个体户，则在“Earnings from Work”（工作收入）项下，上报扣除费用后的收入。其适用于您的生意、农场或租赁财产。如果您的住房归入“军队私有化住房计划”(Military Privatized Housing Initiative) 或您获得战斗工资，这些津贴不计为收入。

**第 5 部分：**选择同意或不同意，以确定是否同意将您的申请状态用于决定其他费用减免。签字并署日期。

**第 6 部分：**如果您愿意，请回答这个问题。

**第 7 部分：**签署此表格。填写社会保险号后四位，如果没有，则勾选相应复选框。请将填妥的表格上交至您孩子的学校或儿童营养服务中心，地址：5959 Hagewa Drive。

## 2026/47 年联邦收入准则

家庭人数	年度薪资	月度薪资	周度薪资
1	\$27,861	\$2,322	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$1,876
每增加一人：	\$9,953	\$830	\$192

如果您的家庭收入等于或低于此图给出的限定值，那么贵子女可能有资格获得餐费减免。

### 隐私法声明：其解释我们将如何使用您提交的信息。

《Richard B. Russell 国立学校午餐法案》(Richard B. Russell National School Lunch Act) 对于该申请中提交的信息作出规定。您不必提供信息，但如此我们将无法批准您孩子的餐费减免申请。您必须列明签署申请的成年家庭成员的社会保险号后四位。以下情况中，无需填写社会保险号后四位。您代表寄养儿童进行申请；或者您列明营养补充援助计划 (SNAP) 或 Ohio Works First (OWF) 个案编号，或您孩子的其他识别号；或者您指出签署本申请的成年家庭成员没有社会保险号。我们将利用您提交的信息来确定您的孩子是否有资格享受餐费减免，并用于午餐和早餐计划的管理和执行。我们可能与教育、健康和营养计划共享您的资格信息，以帮助它们评估、资助或确定计划福利；与审计人员共享，以进行计划审查；以及与执法官员共享，以帮助它们调查违反计划规则的行为。

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策，USDA、其机构、办公室和员工，以及参与或管理 USDA 计划的机构，不得基于种族、肤色、国籍、性别、残疾、年龄，或对于 USDA 组织或资助的任何计划或活动中之前民权活动的报复，而有所歧视。

残障人士需要其他的交流方式以获得计划信息，如盲文、大号字体、录音带、美国手语等，应联系他们申请福利的机构（州或地方）。耳聋人、重听人或语言障碍的人士可拨打 (800)877-8339 通过联邦传递服务与 USDA 联系。此外，提供计划信息所用语言可以是英语以外的语言。要提交一份计划歧视投诉，请填写 USDA 计划歧视投诉表格 AD-3027，该表格位于 [http://www.ascr.usda.gov/aint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/aint_filing_cust.html)，也可以在 USDA 的任何办公室获取，或者给 USDA 写信并提供表格中要求的所有信息。如欲索取投诉表格副本，请致电 (866) 632-9992。请通过以下网址向 USDA 提交填妥的表格或信函：

收件人：U.S. Department of Agriculture, Director, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights –  
1400 Independence Avenue, SW; Washington, D.C. 20250-9410

传真：(202) 690-7442；或者

邮箱：program.intake@usda.gov

该机构对所有申请一视同仁。

修订日期：6/3/2019



### 2024-25 学年学校餐费减免家庭申请

每个家庭只需提交一份申请，并将申请上交至孩子的学校或儿童营养服务中心，  
地址是 5959 Hagewa Drive, Cincinnati, OH 45242

如果您刚刚来到此学区和/或目前没有接受费用减免的学校餐食，请勾选此复选框。

#### 第 1 部分列明所有家庭成员

所有家庭成员的姓名 要列明所有家庭成员，不仅包括锡卡莫尔的学生（以正楷清晰填写：名、中间名缩写、姓）	孩子的学校 仅限锡卡莫尔	孩子的 年级	如果是寄养儿童，请勾选复选框 福利机构或法院的法律责任。如果 均为寄养儿童，请跳至第 5 部分。	没有收入，必须 勾选复选框。
			<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"/>

#### 第 2 部分福利

如果任何家庭成员获得补充营养援助计划 (SNAP) 或 Ohio Works First (OWF) 的福利，请提供 7 位个案编号，并跳至第 5 部分。

个案编号: \_\_\_\_\_

#### 第 3 部分特殊的生活环境

如果您的申请对象是无家可归、移民或离家出走的孩子，请勾选相应的复选框，并致电无家可归/离家出走协调员 Mark Zimmerly 电话是 513-686-1700。

移民者     离家出走者     无家可归者

#### 第 4 部分家庭总收入（未作任何扣除之前）

（仅列明一次所有收入，并在同一行列明收入所得者。为收入发放频率勾选相应的复选框。）

按人头	工作收入				援助计划收益 比如：福利、子女 抚养费、赡养费	付款频率				福利收益 比如：养老金、退休 金、SS、SSI、退伍 军人福利	付款频率				任何其他收入 *非总计	付款频率			
	总收入（未作任 何扣除之前）	周度薪 资	每两 周一 次	每两 周一 次		月 度薪 资	周度薪 资	每两 周一 次	每两 周一 次		月 度薪 资	周度薪 资	每两 周一 次	每两 周一 次		月 度薪 资	周度薪 资	每两 周一 次	每两 周一 次
仅列明有收入的 家庭成员	\$	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 第 5 部分费用减免 - 成人同意（成人必须签署）

为了获得可能的费用减免，父母必须同意与那些负责免除费用的人员分享该申请状态。如果父母不同意，将自行负责支付这些费用。同意与否并不影响是否有资格享有餐费减免。

是的，我同意将我的申请状态用于决定我的孩子（们）是否有资格获得以下所选的费用减免。

学费     暑期班费用     全日制幼儿园学费     课外学费     场所援助计划

不，我不同意将我的申请状态用于决定我的孩子（们）是否有资格获得以下所选的费用减免。

学费     暑期班费用     全日制幼儿园学费     课外学费     场所援助计划

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*场所援助计划通常由 PTO 执行，包括 Holiday Baskets、Blessings in a Backpack、Prom Tickets 等。必须严格保密，而且只有适当的学校领导才能获知受助人的姓名和地址。有关费用减免如有问题，请拨打 513.686.1700 与校区财务主管办公室联系。

第 6 部分孩子的民族和种族身份 (可选)

选择一个种族: 拉

- 丁美洲裔  
 非拉丁美洲裔

选择一个或多个 (不分种族):

- 亚裔       美国印第安人/阿拉斯加原住民       白人  
 土著夏威夷人或其他太平洋岛民       黑人/非洲裔美国人

第 7 部分签名及社会保险号 (成人必须签署)

如果第 4 部分已填妥, 签署本表格的成人还必须列明他或她的社会保险号后四位, 或者在“I do not have a Social Security Number” (我没有社会保险号) 复选框处打勾。

我保证此申请中所有信息均真实, 并且所有收入均已上报。我知道基于我所提供的信息, 学校会获得联邦基金。我知道学校领导可能会核实/检查这些信息。我明白故意歪曲这些信息可能会使我的孩子失去餐食福利, 而且我可能会受到州和联邦法规的起诉。

签名: \_\_\_\_\_ 正楷姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 邮箱: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

社会保险号后四位: \_\_\_\_\_  我没有社会保险号

OFFICE USE ONLY- REV 6/3/19. Total Income: \$ \_\_\_\_\_ Per:  Week (x52),  Every 2 Weeks (x26)  Twice A Month (x24)  Month (x12)  Year  
Household size: \_\_\_\_\_ Categorical Eligibility: \_\_\_\_\_ Free \_\_\_\_\_ Reduced \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_ Date Withdrawn: \_\_\_\_\_  
DASL: \_\_\_\_\_ Determining Official's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Confirming Official's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Verifying Official's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Verification Dates: Notification: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Notice Sent: \_\_\_\_\_ Response: \_\_\_\_\_  
Verification Result: No Change \_\_\_\_\_ Free to Reduced-Price \_\_\_\_\_ Free to Paid \_\_\_\_\_ Reduced-Price to Free \_\_\_\_\_ Reduced-Price to Paid \_\_\_\_\_ Results Sent: \_\_\_\_\_