

Application for Free and Reduced-Price School Meals-Paradise Valley Unified School District 2026-27
Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

APPLY ONLINE AT:
WWW.EZMEALAPP.COM

App #

STEP 1

List ALL infants, children, and students up to and including grade 12 in your household (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

Definition of **Household Member**: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."

Children in **Foster care** and children who meet the definition of **Homeless**, **Migrant** or **Runaway** are eligible for free meals.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	School Name	Student ID#

Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Check all that apply

STEP 2

Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, or FDPIR? Circle one: Yes / No

If you answered **NO** > Complete STEP 3.

If you answered **YES** > Write a case number here then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3)

Case Number:

Write only one case number in this space.

STEP 3

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered 'Yes' to STEP 2)

Are you unsure what income to include here?

Flip to the back of this application and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

The "Sources of Income for Children" chart will help you with the Child Income Section.

The "Sources of Income for Adults" chart will help you with the Adult Household Members Income Section.

A. Child Income

Sometimes children in the household earn income. Please include the TOTAL GROSS income earned by all Children Household Members listed in STEP 1 here.

Child GROSS income	How often?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
\$				

B. All Adult Household Members (including yourself)

List only the Adult Household Members (including yourself) **even if they do not receive income**. For each Household Member listed, if they do receive income, report total GROSS income (amount before taxes and deductions) for each source in whole dollars only. 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.

Name of Adult Household Members (First and Last)	GROSS Earning from Work	How often?				Public Assistance/ Child Support/Alimony	How often?				Pensions/Retirement/ All Other Income	How often?			
		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly		Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				
	\$					\$					\$				

C. Total Household Members

(Children and Adults)

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member

X	X	X	X	X				
---	---	---	---	---	--	--	--	--

Check if no SSN ☐

STEP 4

Contact information and adult signature

Mail Completed Form to: 20621 N. 32nd Street, Phoenix, AZ 85050

"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."

--	--

Signature of adult completing the form

Today's date

--	--

Printed name of adult completing the form

Daytime Phone and Email (optional)

--	--	--	--

Street Address (if available)

Apt #

City

State

Zip

OFFICE USE ONLY

☐ Case # Application ☐ Income Application ☐ Foster ☐ Homeless/Migrant/Runaway ☐ Error Prone
☐ Directly Certified: Date of disregard: _____

Household Size: _____ Total Income: _____

Per: ☐ Week ☐ Bi-Weekly (Every 2 Weeks) ☐ 2x Month ☐ Monthly ☐ Annual

Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____

2026-27 App

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

☐ Selected For Verification: Follow-Up Official's Signature _____ Date: _____



INSTRUCTIONS Sources of Income

Sources of Income for Children	
Type of Income	Examples
Earnings from work	A child has a job where they earn a salary or wages.
Social Security -Disability payments -Survivor Benefits	A child is blind or disabled and receives Social Security benefits. A parent is disabled, retired, or deceased and their child receives social security benefits.
Income from persons <u>outside</u> the household	A friend or extended family member <u>regularly</u> gives a child spending money.
Income from any other source	A child receives income from a private pension fund, annuity or trust.

Sources of Income for Adults		
Earnings from Work	Public Assistance/ Alimony/Child Support	Pensions/Retirement/All Other Income
- Salary, wages, cash bonuses - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do not include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food and clothing	- Unemployment benefits - Workers Compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash Assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veteran's benefits - Strike benefits	- Social Security (including railroad retirement and black lung benefits) - Private Pensions or disability - Regular income from trusts or estates - Annuities - Investment Income - Earned Interest - Rental Income - Regular cash payments from outside household

OPTIONAL Children's Racial and Ethnic Identities

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one):

Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐

Race (check one or more):

American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White ☐

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 employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs).

Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

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 State or local Agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) 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, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

This institution is an equal opportunity provider.

Solicitud para Comida Escolar Gratuita y de Precio Reducido del 2026-2027-Paradise Valley Unified School District

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar una pluma (no lápiz).

Y LLENE LA
WWW.EZMEALAPP.COM

App#

PASO 1

Liste a TODOS los bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo el grado 12 en su hogar (si requiere más espacio, agregue otra hoja de papel)

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia."

Niños adoptivos temporales (Foster) y niños que cumplen con la definición de Migrante, Sin Hogar, o Fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre Del Niño	IM	Apellido Del Niño	Nombre De Escuela	# de identificación del estudiante	

Marque todas las que aplican

Niño Foster

Migrante, Sin hogar, Fugado

PASO 2

Participa algún Miembro del Hogar (incluyéndose a usted) actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, o FDIPIR? Marque con círculo: Si / No

Si contesto NO > Complete PASO 3.

Si contesto SI > Escriba aquí el número de su caso y luego continúe con PASO 4 (No complete PASO 3)

Numero de Caso:

Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Declare los ingresos de TODOS los Miembros del Hogar (No responda a este paso si usted indico 'Si' en PASO 2).

No está seguro de los ingresos que debe de incluir en esta lista?

Voltee a la parte de atrás de esta aplicación y revise las listas tituladas "Guías de Ingresos" para obtener más información.

La "Guía de Ingresos para Niños" le ayudara con la sección de Ingresos del Niño.

La "Guía de Ingresos Para Adultos" le ayudara con la sección para Miembros Adultos del Hogar

A. Ingresos Del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Favor de incluir aquí el ingreso BRUTO TOTAL ganado por todos los miembros del hogar listados en PASO 1. No tiene que incluir los niños adoptivos temporales (Foster).

Ingresos BRUTO del Niño

Con que frecuencia?

Semana

Quincena

2x mes

1x mes

B. Todos los Miembros Adultos del Hogar (incluyéndose a usted)

Liste a todos los miembros del hogar no listados en PASO 1 (incluyéndose a usted) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso BRUTO total (la cantidad antes de impuestos y deducciones) de cada origen, en dólares enteros. Si no reciben ingresos de ningún origen, escriba '0'. Si usted pone '0' o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos que reportar.

Nombres y Apellidos de los Adultos del Hogar

BRUTOS Ingresos Del empleo

Con que frecuencia?

Semana

Quincena

2x mes

1x mes

Asistencia Pública/ Mantención de Menores o Pensión Matrimonial

Con que frecuencia?

Semana

Quincena

2x mes

1x mes

Pensión/Jubilación/ Otros Ingresos

Con que frecuencia?

Semana

Quincena

2x mes

1x mes

C. Número Total de los Miembros del Hogar

Últimos cuatro dígitos del numero de seguro social (SSN) del principal asalariado u otro miembro adulto del hogar

Indique si no hay SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de adulto

Envíe el formulario completo a: 20621 N. 32nd Street, Phoenix, AZ 85050

"Yo certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos Federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios y me pueden procesar de acuerdo con las leyes Estatales y Federales que aplican."

Firma del adulto que lleno el formulario

Fecha de hoy

Nombre del adulto que completo el formulario (Favor de escribir en letra de molde):

Teléfono y Correo Electrónico (opcional)

Calle y número de casa (si está disponible)

No. de Apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

SOLAMENTE USO DE OFICINA

Case # Application

Income Application

Foster

Homeless/Migrant/Runaway

Error Prone

Directly Certified: Date of disregard:

Household Size:

Total Income:

Per:

Week

Bi-Weekly (Every 2 Weeks)

2x Month

Monthly

Annual

Eligibility: Free

Reduced

Denied

Determining Official's Signature:

Date:

Confirming Official's Signature:

Date:

Selected For Verification

Follow-Up Official's Signature

Date:

2026-27 App

Guía de Ingresos Para Niños		Guía de Ingresos Para Adultos		
Tipo de ingreso	Ejemplos	Ingresos de Empleo	Asistencia Pública/Mantención de Menores/ Pensión Matrimonial	Pensiones/Retiro/Otros Ingresos
Ingresos de empleo	Un niño tiene un trabajo en el que gana un sueldo o salario.	- Sueldos, salarios, bonos en efectivo	- Beneficios de desempleo	- Seguro Social (incluyendo beneficios de retiro, de ferrocarril y de pulmón negro)
Seguro Social: -Pagos de discapacidad	Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios de Seguro Social.	- El beneficio NETO del trabajo por cuenta propia (granja o negocio)	- Compensación del trabajador	- Pensiones privadas o de discapacidad
-Beneficios de Sobrevivientes	Un padre esta discapacitado, se retiró, o ha fallecido y su hijo recibe beneficios de seguridad social.	Si usted está en el militar EE.UU.: - Sueldo básico y bonos en efectivo (<i>no incluya el pago de combate, FSSA, o subsidios de vivienda privatizados</i>)	- Ingresos de Seguridad Suplementario (SSI)	-Ingresos regulares de fideicomisos o sucesiones
Ingresos de personas <u>fuera</u> del hogar	Un amigo o miembro de la familia extendida que <i>regularmente</i> le da dinero para gastar a un niño.	-Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentos y ropa	- Asistencia en efectivo del Gobierno Estatal o Local	- Anualidades
Ingresos de cualquier otro origen	Un niño recibe ingresos de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso.		- Pagos de pensión matrimonial	- Ingreso de inversión
			- Pagos de manutención	- Interés ganado
			- Beneficios de veteranos	- Ingresos de alquiler
			- Beneficios de huelga	- Pagos en efectivo regulares fuera del hogar

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus hijos y el origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afectara la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Etnicidad (Marque Uno):

Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐

Raza (Marque uno o más):

Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Africano Americano ☐ Nativo de Hawái u Otro Isla del Pacifico Sur ☐ Blanco ☐

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, requiere la información en esta solicitud. Usted no tiene que dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos autorizar que sus hijos reciban comidas gratis u a precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. No se exigen los últimos cuatro dígitos del número de seguridad social cuando está llenando la solicitud para un hijo de crianza o usted anota el número de caso para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPPIR) u otro identificador FDPPIR para su hijo o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firmo la solicitud no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis u a precio reducido, y para la administración y ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. PODRIAMOS 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 violaciones de las normas del programa.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como a las instituciones que participan en o administran los programas del USDA, discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todos los criterios se aplican a todos los programas).

Los recursos y los plazos para presentar una queja varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones marcando el 711 (voz y TTY). Asimismo, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, AD-3027, disponible en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en el programa](#) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por los siguientes medios: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D. C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.