

Englewood Schools 2021-2022 Household Application for Free and Reduced-Price School Meals

Complete one application per household. Please use a black or blue pen (not a pencil).

Apply online:
Scan code with phone →



STEP 1 List ALL Students' attending Englewood Schools (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

| Student's First Name | MI | Student's Last Name | Birth Date (MM/DD/YY) | Grade |
|----------------------|----|---------------------|-----------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Check all that apply. Read **How to Apply for Free and Reduced-Price School Meals** for more information.

| Foster Child | Head Start | Runaway | Homeless | Migrant |
|--------------|------------|---------|----------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Children's Racial and Ethnic Identities (Optional): Ethnicity: 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

STEP 2 If any household members (including you) currently receive assistance from any of the following programs: SNAP, TANF or FDPIR list the case number below:

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF/Colorado Works – Basic Cash Assistance or State Diversion), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR). **Provide case number and skip to Step 4.**

SNAP Case:

TANF Case Number:

FDPIR Case Number:

STEP 3 Report income for ALL household members (skip this step if you provided a case number in STEP 2)

A. Student Income

Please include the **TOTAL** income, if any, received by all students listed above.

Student Income: Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Annually

B. All Other Household Members (including yourself)

In the spaces below list all other household members not listed in Step 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each household member listed, if they do receive income, report **TOTAL GROSS INCOME (BEFORE TAXES AND OTHER 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 that there is no income to report.

| Names of All Other Household Members (First and Last) | Earnings from Work | How Often? | | | | | Public Assistance/Child Support/Alimony | How Often? | | | | | Pensions/Retirement/All Other Income | How Often? | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Annually | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Annually | | Weekly | Bi-Weekly | 2x Month | Monthly | Annually |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Total Household Members:

Last four digits of Social Security Number (SSN) or mark "no SSN" of adult signing this form only if Step 3B has been completed. XXX-XX-

Check box if no SSN

STEP 4 Contact information and adult signature

"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."

Mailing Address or PO Box: Apt. # or Lot #: City: State: Zip Code: Email Address:

Home or Cell Phone Number: SIGNATURE of Adult Household Member (Required): Printed First and Last Name of Signer: Today's Date:

STEP 5 Release of Information

The information provided on this application will be used in conjunction with state educational programs and may be shared with Medicaid or State Children's Health Insurance Program (CHIP) offices. The school/district is not permitted to share your information with anyone else. **If your students are eligible to receive free or reduced-price meals this information WILL be shared with other school/district programs for purposes of waiving school/district program fees that your child(ren) might otherwise be required to pay. If you are okay with us sharing your information, do NOT mark anything below.**

- Do NOT share my students' information with any programs **OR** Do NOT share my students' information the following checked programs: Medicaid/SCHI Registration Athletics Technology AP Testing / Courses

Englewood Schools 2021-2022 Solicitud del hogar para comida escolar gratuita y de precio reducido

Solicite en línea
escanear código con teléfono



Llene una solicitud por hogar. Por favor usa una pluma negra o azul (no lápiz).

PASO 1 Mencione a todos los estudiantes que asisten Englewood Schools (si necesita más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja)

| Nombre del estudiante | Inicial | Apellido del estudiante | Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) | Grado |
|-----------------------|---------|-------------------------|--------------------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Marque todas las que apliquen. Lea **Cómo solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido** para más información.

| Niño de Acogida | Head Start | Custodia Temporal | Sin Hogar | Migrante |
|-----------------|------------|-------------------|-----------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Identidad racial y étnica de los niños (OPCIONAL): Etnica: Hispano o latino Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

PASO 2 Si algún miembro del hogar (incluido usted) actualmente recibe asistencia de cualquiera de los siguientes programas: SNAP, TANF o FDPIR enumeran el número de caso a continuación.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/Colorado Works – Asistencia Básica en Efectivo o Asistencia Alternativa Estatal), o Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). **Proporcione el número de caso y vaya al Paso 4.**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de caso SNAP | | | | | | | Número de caso TANF | | | | | Número de caso FDPIR | | | |

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del hogar (omite este paso si proporcionó un número de caso en el PASO 2)

A. Ingresos del estudiante

Por favor incluya el ingreso TOTAL, si alguno, recibido por los estudiantes mencionados antes.

Ingreso del estudiante

\$

| Semanal | Cada 2 semanas | 2x Mes | Mensual | Anual |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Todos los demás miembros del hogar (inclúyase a sí mismo)

Escriba los nombres de todos los miembros del hogar que no mencionó en el Paso 1 (inclúyase a sí mismo) aun si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, solo si reciben ingresos, informe el TOTAL BRUTO (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES) por cada fuente redondeando los dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja cualquier espacio en blanco, usted certifica que no tiene que informar ingresos.

Nombre de otros miembros del hogar
(Nombre y apellido)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| Nombre de otros miembros del hogar (Nombre y apellido) | Ingresos del trabajo | ¿Con que frecuencia? | | | | | Asistencia pública / Manutención de hij cónyuge | Ingreso | ¿Con que frecuencia? | | | | | Pensiones Jubilación Cualquier otro ingre | Ingreso | ¿Con que frecuencia? | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------|---------|-------|
| | | Semanal | Cada 2 Semanas | 2 x Mes | Mensual | Anual | | | Semanal | Cada 2 Semanas | 2 x Mes | Mensual | Anual | | | Semanal | Cada 2 Semanas | 2 x Mes | Mensual | Anual |
| \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | \$ <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

Total de miembros del hogar
(estudiantes y adultos)

Ultimos números del Seguro Social (SSN) del adulto que firma o
marque 'NO SSN' SOLO si completó el Paso 3B.

XXX-XX-

Marque si no tiene SSN

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Envíe la solicitud firmada y completa a: Englewood Schools 4101 S. Bannock St., Englewood, CO 80110

"Certifico (doy mi palabra) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Entiendo que esta información es proporcionada en relación con la recepción de fondos federales, y que los oficiales de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si doy falsa información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida, y yo podría ser procesado criminalmente conforme a las leyes estatales y federales".

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|-----------------|------------------------------------|--------|--|--|---|---------------|--|---------------------------------|--------------|--|
| Dirección postal o PO Box | | | Apt. # o Lote # | | Ciudad | | | CO | Código postal | | Dirección de correo electrónico | | |
| Teléfono | | | | FIRMA del miembro adulto del hogar | | | | Nombre y apellido de la persona que firma en letra de | | | | Fecha de hoy | |

PASO 5 Divulgación de información

La información proporcionada en esta solicitud será usada en conjunto con los programas educativos del estado y podría ser compartida con las oficinas de Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (SCHIP) para inscribir a los niños en los programas mencionados. No se le permite a la escuela/distrito compartir su información con nadie más. Si sus estudiantes son elegibles para recibir comidas gratis o a precio reducido, esta información se compartirá con la escuela / distrito con el propósito de eximir las tarifas del programa de la escuela / distrito que su (s) hijo (s) de otra manera podrían estar obligados a pagar a menos que se seleccione lo contrario a continuación.

- NO compartan mi información con ninguno de los programas No compartan mi información con los programas que marque: Medicaid/SCHI Registro Atletismo Tecnología AP Pruebas / Clases

Contacto Nicole Withee en Servicio de Nutrición con preguntas a 303-806-7907 o nicole_withee@engschools.net