

# Utah Household Application for Free and Reduced Price Meals

Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil). Drop application off at a school or Mail completed form to: ASD NS 759 E. Pacific Dr. American Fork, UT 84003

Apply online at: [www.alpineschools.org/nutrition](http://www.alpineschools.org/nutrition)  
Click on the orange button to the left

## STEP 1 List ALL Household Members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (if more spaces are required for additional names, attach another sheet of paper)

<p>Definition of <b>Household Member</b>: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related." Children in <b>State Foster care</b> and children who meet the definition of <b>Homeless, Migrant, Runaway or participate in Headstart programs</b> are eligible for free meals. Read <b>How to Apply for Free and Reduced Price School Meals</b> for more information.</p>	Child's First Name	MI	Child's Last Name	Student?		Name of School	Grade	Check all that apply		
				Yes	No			Head Start	Foster Child	Homeless, Migrant, Runaway
				<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"/>

## STEP 2 Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following eligible assistance programs: SNAP, TANF, or FDIPIR? If NO > Go to STEP 3

a. Do any Household Members currently participate in one of the following eligible assistance programs? Check all that apply.  SNAP  TANF-FEP  FDIPIR

b. Enter case number of the selected assistance program in this space. Do not put in Medicaid number.

## 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 the page 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 All Adult Household Members section.

**A. Child Income**  
Sometimes children in the household earn or receive income. Please include the TOTAL income received by all CHILDREN Household Members listed in STEP 1 here.

Child(ren) income	How often?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly
\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. All Adult Household Members (including yourself)**  
List all 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) for each source in **whole dollars** (no cents) 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)	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		Weekly	Bi-Weekly	2x Month		Monthly	Weekly	Bi-Weekly	2x Month
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<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="text"/>	<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="text"/>	<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="text"/>	\$ <input type="text"/>	<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="text"/>	<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="text"/>	<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="text"/>	\$ <input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Total Household Members** 
**Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member**    
     
**Check 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 program 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."

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Street Address (if available)	Apt #	City	State	Zip	Daytime Phone and Email (optional)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Printed name of adult signing the form	Signature of adult			Today's date	



# Solicitud de comidas gratis o a precio reducido de hogares de Utah

Complete una solicitud por hogar. Use un bolígrafo (no un lápiz). Puede dejar la aplicación en la escuela o envíe la solicitud completa a: ADS NS 759 E. Pacific Dr. American Fork, UT 84003

Haga su solicitud en línea en: [www.alpineschools.org/nutrition](http://www.alpineschools.org/nutrition)  
 Haga clic en el cuadro naranja a la izquierda

## PASO 1 Identifique a TODOS los miembros del hogar que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12 inclusive (adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio para nombres adicionales)

**Definición de Miembro del hogar:** "Cualquier persona que viva con usted y que comparta los ingresos y gastos, incluso si no son familiares".

Los niños en **Cuidado de crianza** y niños que encuadren bajo la definición de **Sin hogar, Migrante, Huyó de casa** o que **participen en programas Headstart** son elegibles para recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis y a precio reducido** para obtener información adicional.

Nombre del niño	Inicial del Segundo nombre	Apellido del niño	¿Es estudiante? Sí No	Nombre de la escuela	Grado	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Head Start
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Niño adoptivo
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Sin hogar: inmigrante Huyó de casa
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Marque todas las que correspondan

## PASO 2 ¿Participa alguno de los miembros del hogar (incluso usted) en uno o más de los siguientes programas de asistencia elegibles? Si la respuesta es NO > Vaya al PASO 3

a. ¿Participa alguno de los miembros del hogar en uno de los siguientes programas de asistencia elegibles? Marcar todo que aplique.

SNAP    
  TANF-FDP    
  FDPPIR

b. Ingrese el número de caso del programa de asistencia seleccionado en este espacio. No escribe el número de Medicaid.

## PASO 3 Declaración de ingresos para TODOS los miembros del hogar (omite este paso si respondió "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Revise las tablas tituladas "Fuentes de Ingresos" al reverso de esta página para obtener más información.

La tabla "Fuentes de Ingresos para menores" le ayudará con la sección Ingresos de menores.

La tabla "Fuentes de Ingresos para adultos" le ayudará con la sección Todos los miembros del hogar adultos.

**A. Ingresos de menores**  
 A veces, los niños del hogar ganan o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES recibidos por todos los miembros del hogar identificados en el PASO 1.

**B. Todos los miembros del hogar adultos (incluso usted)**  
 Identifique a todos los miembros del hogar no incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro del hogar identificado, si reciben ingresos, declare los ingresos brutos totales (antes de impuestos) para cada fuente únicamente en dólares enteros (sin centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, indique "0". Si usted escribe "0" o deja espacios en blancos, usted certifica (promete) que no hay ingresos que declarar.

¿Con qué frecuencia?

Ingresos de menores	Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	Ganancias provenientes de empleos	¿Con qué frecuencia?				Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensiones/jubilaciones/todos los demás ingresos	¿Con qué frecuencia?			
		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual		Semanal	Cada dos semanas	Bimensual	Mensual
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros del hogar

Últimos cuatro dígitos del Número del Seguro Social (SSN) del principal proveedor de ingresos u otro miembro adulto del hogar

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que se han declarado todos los ingresos. Comprendo que esta información se otorga en relación con la recepción de fondos federales, y que los funcionarios del programa pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado según las leyes federales y estatales pertinentes".

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección (si corresponde) N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta	Firma del adulto	Teléfono diurno y correo electrónico (opcional)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
		Fecha actual	

