

STEP 4 Contact Information and adult signature. Mail Completed Form to: Sussex Academy, 21160 Airport Rod, Georgetown, DE 19847

"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."

Street Address (if available) _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip _____ Daytime Phone and Email (optional) _____

Printed name of adult signing the form _____ Signature of adult _____ Today's date _____

STEP 5 Sussex Academy

YES! School Nutrition Office may share information from this application for school meal benefits with the Before and After School Programs, Uniform Voucher Program, Activity Fee Waiver/Reduction assistance, and the High School Academic Counselor for testing and college application fee waivers.

INSTRUCTIONS Sources of Income

Sources of Income for Children		Sources of Income for Adults		
Sources of Child Income	Example(s)	Earnings from Work	Public Assistance / Alimony / Child Support	Pensions / Retirement / All Other Income
- Earnings from work	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages	Salary, wages, cash bonuses Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military:	Unemployment benefits Worker's 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 benefits Regular income from trusts or estates Annuities Investment income Earned interest Rental income Regular cash payments from outside household
- Social Security - Disability Payments - Survivor's 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	Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA or privatized housing allowances) Allowances for off-base housing, food and clothing		
- Income from person outside the household	- A friend or extended family member regularly gives a child spending money			
- Income from any other source	- A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust			

Do not fill out For School Use Only

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income _____

Household Size _____

Categorical Eligibility

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature _____ Date _____

Confirming Official's Signature _____ Date _____

Verifying Official's Signature _____ Date _____

PASO 6 Programa de Seguro Médico para niños (CHIP) de Delaware

- No, no deseo compartir la información de mi solicitud para Comida Gratuita o de Precio Reducido con Medicaid o Programa de Seguro Médico para niños (CHIP) de Delaware. Para más información acerca de CHIP, llame al 1-800-996-9969. Si usted no marca la casilla, su información será compartida con Medicaid y/o CHIP.

PASO 6 Programación específico a la escuela de Sussex Academy

- Si La oficina de nutrición de la escuela puede compartir esta información para beneficios de comidas gratuitas con los programas que se encuentran abajo. Un programa que cuida a los niños antes del día escolar. Un programa que asiste en el pago de uniformes escolares. Un programa que renuncia el pago de Actividades. El consejero para la escuela puede pedir renuncios en los exámenes universitarios o tasas de solicitud para la universidad.

OPCIONAL Identidades Raciales y Étnicas de los Niños

Le pedimos información acerca de la raza y etnicidad de sus niños. Esta información es importante pues nos ayuda a asegurar un servicio pleno a la comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niños para comida gratuita o a precio reducido.

Raza (Marque uno o más):

- Eticidad (Marque uno):
 - Hispano o Latino
 - No Hispano o Latino
 - Asiático
 - Indio Americano o Nativo de Alaska
 - Negro o Americano Africano
 - Nativo de Hawái u Otro Isteño del Pacífico Sur
 - Blanco

No llene esta parte. Esto es para uso de la escuela

If Income frequencies vary, use the Annual Income Conversion: Weekly x 52, Biweekly x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week, Biweekly, Twice a Month, Month, Year Household size: _____

Categorical Eligibility: _____ Date Withdrawn: _____ Eligibility: Free _____ Reduced _____ Denied _____ Reason: _____ Date: _____

Determining Official's Signature: _____ Date: _____

Confirming Official's Signature: _____ Date: _____

Verifying Official's Signature: _____ Date: _____

La Ley Nacional de Comedores Escolares Richard B. Russell pide la información arriba en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si usted no la provee, no podemos aprobar comida gratuita o de precio reducido para sus niños. Usted debe incluir los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del miembro adulto que firma la solicitud. Los últimos cuatro números del SSN no se requieren cuando usted solicita de parte de un niño adoptivo temporal o usted incluye un número de caso del Programa de Asistencia Nutricional

Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Comida en Reservaciones Indígenas (FDPRI, por sus siglas en inglés) u otra identificación FDPRI de su niño. Tampoco necesita indicar el número del SSN si el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no lo tiene. Utilizamos su información para determinar si su niño es elegible para la comida gratuita o de precio reducido, y para administrar y hacer respetar los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir la información sobre su elegibilidad con los programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar los beneficios de sus programas, así como con los auditores de revisión de programas, y los oficiales encargados de investigar violaciones del reglamento programático.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, o orientación sexual. Si usted desea presentar una queja de discriminación, complete el Formulario del USDA de Queja de Discriminación que se encuentra en el sitio web, http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html El formulario también puede obtenerse en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992. Envíe por correo el formulario o carta de queja completada a la siguiente dirección: Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o al fax (202) 690-7442, o por correo electrónico a: programa.intake@usda.gov.

Personas sordas, con discapacidad auditiva o de habla, pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español).

El USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.