

One application per household

2019-2020 Application for Free and Reduced Price School Meals
Use black ink. Print neatly. Complete one application per household.

Conroe Independent School District • Campus
Return to the school cafeteria manager or mail to the Conroe ISD Child Nutrition Department
Apply online at www.myschoolapps.com • 3205 West Davis • Conroe, TX 77302-2098

List ALL household members who are infants, children, and students up to and including grade 12 (If more space is 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.

Student ID Number	Legal first name	MI	Legal last name	MM	Birthdate DD	YY	Grade	School Code	Is Student? Yes No	Foster migrant/ Child runaway Home- less

Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, FDPIR? Check the appropriate box below.

☐ SNAP☐ TANF☐ FDPIR

If you **did not** check one of the boxes to the left, complete SECTION 3.

If you checked one of the boxes to the left, write EDG number here then go to SECTION 4. (Do Not complete SECTION 3.)

8 or 9 digit EDG number:

Report income for ALL Household Members (skip this step if you entered an EDG# in SECTION 2)

A. **Child Income** Sometimes children in the household earn income. Please indicate the **TOTAL** income earned by all Household Members in SECTION 1 here. Combined income for ALL children

B. **All Adult Household Members (including yourself)** List all Household Members not listed in SECTION 1 (including yourself) even if they did not receive income. \$ How often?

For each Household Member listed, if they receive income, report total income for each source in whole dollars ONLY. If they Do Not receive income from any source, write "0". If you enter "0" or leave field blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

W = Weekly E = Every two weeks T = Twice per month M = Monthly A = Annually

Please read directions for more information.

Name of Adult Household Member (first and last)	Earnings from work Fill in circle How often?	Public Assistance Child Support/Alimony Fill in circle How often?	Pay from pensions/retirement/ all other income Fill in circle How often?

Write total number of Household Members here →

Last four digits of Social Security Number (SSN) of adult household member signing form →

☐ Check here if no SSN

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."

Street address

City

Zip

Daytime phone

Email address

Print Here

Sign Here

Printed name of adult completing this form

Sign here

Today's date

Do not fill out this part. For school use only.

Received

Reviewing official's signature

Date

Confirming official's signature

Date

Follow-up official's signature

Date

Una aplicación por hogar

Solicitud 2019-2020 de alimentos gratis o a precio reducido
Use tinta negra. Use letra legible. Llene una solicitud por casa.

Conroe Independent School District • Campus
Regresa esta solicitud a la cafetería de la escuela or mande por correo a Conroe ISD Child Nutrition Department - Aplicar en linea a www.myschoolapps.com • 3205 West Davis • Conroe, TX 77302-2098

Enumere TODOS los miembros de la casa que sean bebés, niños y estudiantes de hasta grado 12 inclusive (si necesita más espacio para escribir más nombres, adjunte una hoja de papel)

Definición de Miembro de casa: "Cualquiera que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aun sin tener relación alguna". Los menores en Hogar temporal y los menores que se definan como Sin vivienda permanente, Migrantes o Fugitivos podrían recibir alimentos gratis.

Student ID Number	Primer nombre legal	MI	Apellido legal	MM	Fecha de nacimiento DD	AA	Grado	Código escolar	¿Estudiante? Si No	¿custodial del estado migrante, sin fugitivo hogar

¿Algún Miembro de la casa (incluso usted) participa en uno o más de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF, FDPIR? Marque el cuadro correspondiente.

☐ SNAP☐ TANF☐ FDPIR

Si NO marcó ninguno de los cuadros de la izquierda, llene la SECCIÓN 3.

Si marcó alguno de los cuadros de la izquierda, escriba el número de caso aquí y luego vaya a la sección 4. (NO LLENE LA SECCIÓN 3)

8 o 9 dígitos Número de EDG:

Declare el ingreso de TODOS los Miembros de la casa (Omita este paso si contestó "SI" en la SECCIÓN 2)

A. **Ingreso del menor** Algunas veces los menores de una casa reciben ingresos. Incluya aquí el ingreso TOTAL que reciben todos los miembros de la casa anotados en la Sección 1. Ingreso combinado para todos los niños.

B. **Todos los Miembros adultos de la casa (incluso usted)** Enumere todos los Miembros de la casa no mencionados en la Sección 1 (incluso usted) aun cuando no reciban ingreso. Por cada Miembro de la casa mencionado, si alguno recibe ingreso, declare SOLAMENTE el ingreso redondeado total de cada fuente en dólares. Si NO reciben ingreso de ninguna fuente, marque "0". Si marca "0" o deja blanco, usted declara (promete) que no tiene ingreso por declarar.

W = Semanal E = Cada dos semanas T = Dos veces al mes M = Mensual A = Anual

Las instrucciones para obtener más información.

Nombre de los adultos de la casa (primer nombre y apellido)	Ingreso por empleo Rellene el círculo ¿Frecuencia?	Asistencia pública/Manutención del menor/Apoyo monetario Rellene el círculo ¿Frecuencia?	Pago de pensión/Jubilación/Todos otros ingresos Rellene el círculo ¿Frecuencia?

Anote aquí el número total de miembros de la casa →

Últimos cuatro dígitos del seguro social (SSN) del miembro adulto de la familia →

☐ Marque si no tiene SSN

Información de contacto y firma del adulto "Yo certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es verdadera y que estoy declarando todos los ingresos. Entiendo que esta información se relaciona con la recepción de fondos federales y que el personal escolar puede verificar la información. Estoy consciente de que si doy información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios de alimentos y de que yo podría ser procesado por las leyes correspondientes federales y leyes".

Dirección

City

CP

Teléfono de día

Email address

Imprimir aquí

Firme aquí

Nombre legible del adulto que firma esta solicitud

Firme aquí

Fecha de hoy

No escriba en esta área. Para uso de la escuela solamente.

Received

Reviewing official's signature

Date

Confirming official's signature

Date

Follow-up official's signature

Date

