

PRINT NEATLY
USE DARK BLUE OR BLACK INK

BOSTON PUBLIC SCHOOLS FAMILY APPLICATION FOR MEAL BENEFITS

Home Room
ENG/SPA
rev: 07/23/2010

1 Students attending Boston Public Schools ONLY (Niños en Escuelas Públicas de Boston ÚNICAMENTE) If a foster child, skip to Part 3. (Si es un niño de crianza, dirijase a la parte 3)

Names of all children in Boston City Schools ONLY (Last, First, Middle Initial) (Apellido, Nombre, Inicial)		Student ID Number (Número del Estudiante)	Grade (Grado)	School Name (Escuela)	SNAP or TANF Case # (9 digits)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

If applicable, list your household SNAP or TANF 9-digit case number. **Go to Part 6.**
Si corresponde, mencione el número de la SNAP o TANF. **Dirijase a la Parte 6.**

2 Homeless, Migrant or Runaway child (Sin hogar, Emigrante o niño/a fugitivo/a)

If the child you are applying for is homeless, migrant, or a runaway check the appropriate box below and call Mary William at (617) 635-8037 for further assistance. In addition, you must fill out this application completely to be considered for benefits. Si el niño/a por el que usted solicita es: sin hogar, emigrante, o niño/a fugitivo/a, marque la caja apropiada y llame al enlace sin hogar o al coordinador migratorio de la escuela del niño. Así mismo, debe llenar esta solicitud completamente. Homeless Migrant Runaway

3 Foster Child (Hijo de Crianza) Complete only if student is a ward of the state or welfare agency. Use a separate application for each Foster Child (Use una solicitud para cada niño/a de crianza)

List the foster child in the space provided. (Indique el niño/a de crianza en el espacio apropiado.)	Foster Child's Name (Nombre del Niño/a de Crianza)	Student ID Number (Número del Estudiante)	Grade (Grado)	School Name (Escuela)	Child's personal use income. If none, write \$ 0. (El ingreso de uso personal del niño/a. Si no tiene, escribe \$ 0).	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	GO TO PART 6.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Total Household Income -- You must tell us EXACTLY how much and how often (Ingreso total del hogar; debe indicarnos EXACTAMENTE la cantidad y la frecuencia)

Names of Household members Nombres de los miembros del hogar	Check if no income. (Marque si no tiene ingresos)	Write income clearly. Completely darken the circle that shows how often income is received. Weekly (W), Every 2 Weeks/Bi-Weekly (E), Twice a Month (T), Monthly (M) Escriba el ingreso de forma legible. Rellene completamente el círculo que muestra la frecuencia con que recibe el ingreso. Semanal (W), cada 2 semanas (E), dos veces al mes (T), mensual (M)				Welfare, Child Support, Alimony (Ayudas Sociales, Pensiones Infantiles o Pensiones Alimenticias)				Pensions, Retirement, Social Security and Other (Pensiones, jubilación, Seguro Social o cualquier otro ingreso)				Refusal of Benefits (Rechaza de Beneficios)		
		Gross Income Before Deductions (Ingresos antes de deducciones)	Weekly	Bi-Weekly	2 X Monthly	Monthly	Weekly	Bi-Weekly	2 X Monthly	Monthly	Weekly	Bi-Weekly	2 X Monthly		Monthly	
1)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Check this box if you do not wish for your child(ren) to receive benefits.
Marque esta caja si no desea que su hijo reciba los beneficios

**OFFICE USE ONLY
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**

5 Other Benefits (Otros Beneficios)

By checking this box and signing below, I allow BPS to release the information on this application to other child nutrition, health and education programs to determine eligibility for each program. Doy permiso a BPS a dar mi nombre, dirección y la información de mi hijo(a) a otros programas, si califica o no para comidas gratis o a precio reducido. Signature (Firma)

6 Signature and Social Security Number (Firma y Número de Seguro Social)

I certify that all the above information is true and correct and that all the income is reported and/or the SNAP or TANF case number is reported correctly. I understand that this information is being given for the receipt of federal funds; that school officials may verify the information on the application and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws. Check the box if you don't have a social security number. (Certifico que toda la información indicada arriba es verdadera y correcta, y que todos los ingresos y/o los números de serie de las SNAP o TANF reportados son correctos. Entiendo que esta información se ofrece por el recibo de los fondos federales; que los funcionarios escolares podrán verificar la información en la solicitud y que las representaciones falsas con premeditación de esta información serán causa de pleito judicial según las leyes aplicables federales y estatales. Marque la casilla si no posee un número de Seguro Social.)

<input checked="checked" type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> I do not have a Social Security Number No tengo un número de seguro social	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 201
Signature of Adult Household Member (Firma del Miembro Adulto del Hogar)	Social Security Number (Número de Seguro Social)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Date (Fecha)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Home Phone (Teléfono del Hogar)	Work Phone (Teléfono del Trabajo)
Parent/Guardian First Name (Nombre del padre/encargado)	Parent/Guardian Last Name (Apellido del padre/encargado)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(THIS APPLICATION CANNOT BE PROCESSED WITHOUT A SIGNATURE IN PART 6.) (Esta aplicación no puede ser procesada sin la firma en la parte 6.)