

[illegible]

Lighthouse Charter School

STEP 1 – STUDENT INFORMATION

Print the name of EACH STUDENT (First, Middle Initial, Last)	Enter school name and grade level		Enter student's birthdate	Check the applicable box if the student is foster, homeless, migrant, or runaway.			
EXAMPLE: Joseph P Adams	Lincoln Elementary	1st	12-15-2010	Foster	Homeless	Migrant	Runaway
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

STEP 2 – ASSISTANCE PROGRAMS: CalFresh, CalWORKs, or FDPIR

Do ANY household members (child or adult) currently participate in CalFresh, CalWORKs or FDPIR? If **NO**, skip STEP 2 and continue to STEP 3.

If YES, check the applicable program box, enter one case number, skip STEP 3, and continue to STEP 4.	Select Program Type: ☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ FDIPIR	Enter Case Number:
---	---	----------------------------------

STEP 3 – REPORT INCOME FOR ALL HOUSEHOLD MEMBERS (Skip this step if you answered ‘YES’ in STEP 2)

A. STUDENT INCOME: Sometimes students in the household earn income. Enter the TOTAL GROSS income (before deductions) in whole dollars earned by all students listed in STEP 1. Enter the appropriate pay period in the “How Often” box: W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly										Total Student Income				How Often		
										\$						
B. ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS (including yourself): List ALL household members not listed in STEP 1, even if they do not receive income. For each household member, report the TOTAL GROSS income (before deductions) in whole dollars for each source. If the household member does not receive income from any sources, write “0”. If you enter “0” or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. Enter the appropriate pay period in the “How Often” box: W = Weekly, 2W = Biweekly, 2M = Twice a Month, M = Monthly, Y = Yearly																
Print the name of ALL OTHER Household Members (First and Last)					Earnings from Work		How Often	Public Assistance/SSI/ Child Support/Alimony	How Often	Pensions/Retirement/ All Other Income	How Often					
					\$					\$						
					\$					\$						
					\$					\$						
					\$					\$						
C. Total Household Members (Children and Adults) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table>																

STEP 4 – CONTACT INFORMATION & ADULT SIGNATURE

I certify (promise) that all information on this application is true, that all income is reported, and that my household does not receive Summer EBT from another state or Indian Tribal Organization. I understand this information is given in connection with the receipt of federal and state benefits and that school officials may verify the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose these benefits, and I may be prosecuted under applicable state and federal laws.

Signature of adult completing this application:		
Print Name:		
Date:	Phone Number:	
Mailing Address:		
City:	State:	Zip:
E-mail:		

DO NOT COMPLETE. SCHOOL USE ONLY

How Often? ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Yearly Annual Income Conversion: Weekly x52, Biweekly x26, Twice a Month x24, Monthly x12					Total Household Income \$				
Total Household Size 		Eligibility Status: ☐ Free ☐ Reduced-price ☐ Paid (Denied)			☐ Categorical				
		Verified as: ☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway			☐ Error Prone				
Determining Official's Signature:								Date:	
Confirming Official's Signature:								Date:	
Verifying Official's Signature:								Date:	

OPTIONAL - Children's Racial and Ethnic Identities – We are required to ask for information about your child(ren)'s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is **OPTIONAL** and does not affect eligibility for Sun Bucks.

Mark one or more racial identities:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black, or African American
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White

Mark one ethnic identity:

- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to determine who qualifies for Summer EBT benefits. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met. Some children qualify for Summer EBT without an application. Please contact your State or ITO to get Summer EBT for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

A non-household member may be designated as the authorized representative for application processing purposes if they have difficulty completing the application process.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, [AD-3027](#)  (PDF), found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. mail:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax:
202-690-7442; or
3. email:
Program.Intake@usda.gov. | This institution is an equal opportunity provider.

Enumere a todos los estudiantes que viven con usted y que asisten a la escuela, utilizando la ortografía exacta que aparece en los registros escolares. Si el estudiante está en cuidado de crianza (foster care), no tiene hogar, participa en el programa de educación para migrantes (MigrantEd), o cumple con la definición de menor fugitivo (runaway), marque la casilla correspondiente. Incluya cualquier ingreso personal que reciba el estudiante.

	Estudiante en	Bajo	Sin hogar,

[illegible]

Si respondió que Sí > Marque la casilla del programa pertinente, anote el número de caso y vaya al PASO 4 (No llene el PASO 3)

☐ CalFresh ☐ CalWORKs ☐ EDP/IR

Número de caso:

Anote sólo un número de caso en este espacio.

A. Ingresos de los menores

En ocasiones, los menores del hogar tienen ingresos. Incluya aquí los ingresos **TOTALES** que reciben todos los miembros del hogar anotados en el PASO 1.

Ingresos totales de los menores				
\$				

Semanal mente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente
☐	☐	☐	☐

Anote todos los miembros del hogar que no anotó en el PASO 1 (incluyéndose a usted mismo) **incluso si no reciben ingresos**. Para cada miembro que reciba ingresos, declare los ingresos totales de cada fuente en números redondos. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, anote '0'. Si anota '0' o deja los campos en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y		Ingresos de trabajo	¿Frecuencia?				Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimenticia		¿Frecuencia?				Pensiones/jubilación/ todos los demás ingresos		¿Frecuencia?			
		\$	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	\$	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente	\$	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces por mes	Mensualmente		
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		
		\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐		

Total de miembros del hogar (Del PASO 1 y PASO 3)		
--	--	--

Por favor, consulte el reverso para la recopilación opcional de datos raciales y étnicos.

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que

Certificación: "Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares podrían verificar (revisar) la información. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa, mis hijos podrían perder los beneficios alimentarios y yo podría ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales pertinentes".

Dirección	No. de departamento	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono o correo electrónico	Nombre en letra de molde del adulto que llenó este formulario	Firma del adulto que llenó este formulario	Fecha de hoy

How often?	Approved as:	Veri
------------	--------------	------

Total Household Members		Total Household Income	How often?				
			Weekly	Bi-Weekly	2x Month	Monthly	Yearly
Annual Income Conversion Weekly x52 Bi-Weekly x26 Twice Per Month x24 Monthly x12							

☐ Free
☐ Reduced-Price
☐ Paid (Denied)
Reason:

☐ Homeless
☐ Migrant
☐ Runaway

- ☐ Categorical
- ☐ Error Prone

Determining Official	Date	Confirming Official	Date	Verifying Official	Date

OPCIONAL - Identidades raciales y étnicas de los niños – Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos sirviendo completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es OPCIONAL y no afecta la elegibilidad para Sun Bucks.

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo hawaiano u otra isla del Pacífico
- ☐ Blanco

Marque una identidad étnica:

- ☐ Hispano o latino
- ☐ No hispano ni latino

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios Summer EBT. Solo podemos aprobar formularios completos. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a entregar beneficios a su hogar. Inspectores y autoridades también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para Summer EBT sin necesidad de solicitud. Por favor, contacte a su Estado o ITO para obtener Summer EBT para un niño en cuidado de crianza, y para niños que están sin hogar, migrantes o fugitivos.

Un miembro que no forme parte del hogar puede ser designado como representante autorizado para el procesamiento de la solicitud si el solicitante tiene dificultad para completar el proceso.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones participantes o administradoras de programas USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad financiada o conducida por USDA (no todas las bases aplican a todos los programas). Los recursos y plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audiocinta, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Telefónica al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa USDA, AD-3027 (PDF), disponible en línea en [Cómo Presentar una Queja por Discriminación](#) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por:

1. correo postal:
Departamento de Agricultura de los EE. UU.
Oficina del Subsecretario Asistente para los Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
2. fax:
202-690-7442; o
3. correo electrónico: USDA.CivilRights@usda.gov | Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.