PRINT NEATLY
USE DARK BLUE OR BLACK INK

BOSTON PUBLIC SCHOOLS FAMILY APPLICATION FOR MEAL BENEFITS

Home Room

ENG/SPA

Part 1 - Students attending Boston Public Schools ONLY (Niños en Escuelas Públicas de Boston ÚNICAMENTE) If a foster child, skip to Part 3. (Si niño bajo cuidado suplente diríjase a la parte 3)

Names of all children in Boston City Schools ONLY (Last, First, Middle Initial) (Appelido, Nombre, Inicial)	Student ID Number (Número del Estudiante)	Grade (Grado)	School Name (Escuela)	Food Stamp or TAFDC Case # (9 digits)

If applicable, list your household Food Stamp or TAFDC 9-digit case number. Go to Part 6.
Si corresponde, mencione el número de la Estampilla de alimentos o de TAFDC. Diríjase a la Parte 6.

Part 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 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 en la escuela del niño.

☐ Homeless ☐ Migrant ☐ Runaway

Part 3 - Foster Child (Niño bajo cuidado suplente) 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 acogido/a)

List the foster child in the space provided. (Indique el niño acogidos en el espacio apropiado.)	Foster Child's Name (Nombre del Niño/a Acogido/a)	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 nada escribe $ 0).	
					$.	GO TO PART 6.

Part 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
Nombre de los miembros del hogar

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)

List the names of all household members including student(s). (Nombres de todos los Miembros de su Hogar Incluyendo Estudiante(s))	Gross Income Before Deductions (Ingresos brutos)	Weekly / Bi-Weekly / 2 X Monthly / Monthly	Welfare, Child Support, Alimony (Ayudas Sociales, Pensiones Infantiles o Pensiones Alimenticias)	Weekly / Bi-Weekly / 2 X Monthly / Monthly	Pensions, Retirement, Social Security and Other (Pensiones, jubilacion y Seguro Social or cualquier otro ingreso)	Weekly / Bi-Weekly / 2 X Monthly / Monthly
1)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M
2)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M
3)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M
4)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M
5)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M
6)	$.	W E T M	$.	W E T M	$.	W E T M

ZERO INCOME (Cero Ingresos)

☐ Check this box if household has no income.
(Marque si no tiene ingresos)

Refusal of Benefits
(Rechaza los Beneficios)

☐ Check this box if you do not wish for your child(ren) to receive benefits.
Marque la caja si el padre rechaza los beneficios

OFFICE USE ONLY
SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Part 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)

Part 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 Food Stamps or TAFDC 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 Estampillas para Comida o TAFDC 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.

X
Signature of Adult Household Member (Firma del Miembro Adulto del Hogar)

Social Security Number (Número de Seguro Social)

☐ I do not have a Social Security Number
No tengo un número de seguro social

Date (Fecha en que se firmo) 2 0 0

Parent/Guardian First Name (Nombre de pila del padre/tutor)

Parent/Guardian Last Name (Appellido del Padre/Tutor)

Home Phone (Teléfono del Hogar)

Work Phone (Teléfono del Trabajo)

5758508323

Street Address (Dirección postal)

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código postal)

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

rev: 07/18/2008