

Colorado Charter School Institute 2022-2023 Application for Free and Reduced Price School Meals **Apply online at family.titank12.com**

Complete one application per household. Please use a **black** pen.

STEP 1 Please list only students who are enrolled in Colorado Charter School Institute in grades Kindergarten through 12th grades. (if more spaces are 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. Read **How to Apply for Free and Reduced Price School Meals** for more information.

Legal First Name	MI	Legal Last Name	Birthdate M M D D Y Y	School Name	Check all that apply			
					Migrant	Homeless	Foster Child	Runaway
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐

STEP 2 Do any Household Members (including you) currently participate in one or more of the following assistance programs: SNAP, TANF, FDIPI? Check the appropriate box below.

SNAP ☐ TANF ☐ FDIPI ☐ If you checked one of the boxes to the left, write a case number here then go to step 4. (DO NOT complete STEP 3) If you DID NOT check one of the boxes to the left, complete STEP 3. Case Number:

STEP 3 Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you checked one of the boxes in STEP 2)

A. Child Income

Sometimes children in the household earn income. Please include income earned by students in **Step 1** here.

Child Income

\$

Fill in Circle

How Often ?

☐ Monthly | Every Other Wk
☐ Weekly | Twice A Month

B. All Other Household Members not including students listed above (including yourself)

List all Household Members not listed in **Step 1** (including yourself) **even if they did not receive income**. 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, **check the no income check box, or enter '0'** in the appropriate field. If you check the no income check box, enter '0' or leave blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Please read **How to Apply for Free and Reduced Price School Meals** for more information. The **Sources of Income for Children** section will help you with the **Child Income** question. The **Sources of Income for Adults** section will help you with the **All Adult Household Members** section.

Name of Adult Household Members (First and Last)	Check Box if No Income	Earnings from Work	Public Assistance /Child Support/Alimony	Pay from Pensions/Retirement/All Other Income
	☐	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month
	☐	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month
	☐	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month
	☐	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month
	☐	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month	\$ ☐ Monthly Every Other Wk ☐ Weekly Twice A Month

WRITE TOTAL NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS HERE

Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Primary Wage Earner or Other Adult Household Member. ***-**-

Check if no SSN ☐

STEP 4 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."

Address City Zip Daytime Phone

PRINT HERE

Printed Name of adult completing the form

SIGN HERE

Signature of adult completing the form

Today's Date

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Children's ethnic/race identities (optional): Choose one Ethnicity: ☐ HISPANIC/LATINO ☐ NOT HISPANIC/LATINO Choose one or more (regardless of Ethnicity): ☐ WHITE ☐ ASIAN ☐ BLACK or AFRICAN AMERICAN ☐ AMERICAN INDIAN or ALASKAN NATIVE ☐ NATIVE HAWAIIAN or OTHER PACIFIC ISLANDER

STEP 5 MEDICAID AND/OR STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (SCHIP)-

The information provided in the application may be shared with Medicaid or SCHIP offices to seek enrollment of children into the above programs. You are not required to consent to the disclosure of this information; this will not affect your student(s) eligibility for school meals.

Your information **WILL** be shared unless you check the box below.

☐ Please do NOT share my information with the Medicaid or SCHIP offices.

COMPLETE the application, sign your name, and return to your School

Colorado Charter School Institute has up to 10 working days to process a COMPLETE application beginning from the time it is received in the CSI Office. A letter of eligibility will be sent to each household

Colorado Charter School Institute 2022-2023 Solicitud para comidas gratuitas o a precio reducido

Aplique en línea al family.titank12.com

Complete una sola solicitud por hogar. Favor de usar un lapicero negro.

PASO 1

Por favor una lista de sólo distrito escolar alumnos matriculados en Colorado Charter School Institute en grados del Kindergarten al 12 grado (si requiere más espacio, agregue otra

Definición de Miembro del Hogar: "Cualquier persona que vive con usted y comparte ingresos y gastos, aunque no sea familia." Niños adoptivos temporales (foster) que cumplen con la definición de migrante, sin hogar, o fugitivo son elegibles para la comida gratuita. Para más información, lea "Como solicitar comida escolar gratuita y de precio reducido".

Primer Nombre del Niño	I	Apellido del Niño	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Indique todo lo que sea pertinente:			
			M M D D A A		Migrante	Sin Hogar	Niño Foster	Fugitivo

PASO 2

¿Participa cualquier miembro de su hogar, incluyéndose a usted, en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR? Marque la casilla apropiada abajo.

SNAP ☐ TANF ☐ FDPIR ☐

Si no selecciona una de las cajas a la derecha, por favor, complete el paso 3.

Si se seleccionó una de las cajas, entonces por favor escriba su número de caso a la extrema derecha y no complete el paso 3. Vaya al paso 4.

No. de Caso:

PASO 3

Declare el ingreso de todos los miembros del hogar (No responda a este paso si usted marco alguna de las Casillas en el paso 2)

A. Ingreso del Niño

A veces los niños del hogar ganan dinero. Por favor incluya ingresos obtenidos por los estudiantes en el PASO 1.

Ingreso del niño
\$

¿Con qué frecuencia?
☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes

B. Todos otros miembros del hogar sin incluir los estudiantes que ya están anotados en la lista de arriba (incluyéndose a usted)

Haga una lista de todos los miembros del hogar no listados en el PASO 1 (incluyéndose a Ud.) sin importar si reciben o no ingresos. Para cada miembro del hogar en la lista que recibe un ingreso, anote el ingreso total de cada fuente en dólares redondeados. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escribe "0". Si usted pone "0" o deja en blanco cualquier espacio, usted certifica (jura) que no hay ingresos.

Favor de leer "Cómo solicitar comida escolar gratuita o de precio reducido" para más información. La sección "Fuentes de ingreso para niños" le ayudará a responder a la pregunta sobre el Ingreso del Niño (A). La sección "Fuentes de ingreso para los adultos" le ayudará a responder a la pregunta sobre Todos los Miembros Adultos del Hogar (B).

Nombres y apellidos de los adultos del hogar	Marque aquí si no tiene ingreso	Ingresos		Asistencia pública/manutención de hijos/pensión alimenticia		Pago de pensiones/Jubilación/Cuaquier otro ingreso	
		\$	¿Con qué frecuencia? ☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	¿Con qué frecuencia? ☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	¿Con qué frecuencia? ☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes
	☐	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes
	☐	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes
	☐	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes
	☐	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes
	☐	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes	\$	☐ Mensual ☐ quincenal ☐ Semanal ☐ 2x mes

Número Total de los Miembros del Hogar

Los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN) del asalariado(a) principal u otro adulto del hogar.

Marque aquí si no hay SSN ☐

PASO 4

Información de contacto y firma de adulto

"Certifico (juro) que toda la información en esta solicitud es cierta y que todo ingreso se ha reportado. Entiendo que esta información se da con el propósito de recibir fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar tal información. Soy consciente de que si falsifico información a propósito, mis hijos pueden perder los beneficios de comida y me pueden procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales que aplican."

Dirección Ciudad Código postal Teléfono durante el día

IMPRIMIR AQUÍ

FIRMA AQUÍ

PASO 5

Medicaid o Programa Estatal de Seguro Médico Para Niños (State Children's Health Insurance Program, SCHIP)

La información que se proporciona en la solicitud puede compartirse con las oficinas de Medicaid o SCHIP para solicitar la inscripción de los niños en los programas anteriores. No está obligado a autorizar la divulgación de esta información; esto no afectará la elegibilidad del estudiante para recibir comidas escolares.

Su información SE COMPARTIRÁ a menos que marque la casilla siguiente.

☐ NO compartan mi información con las oficinas de Medicaid o SCHIP.

Nombre del adulto que completa el formulario

Firma del adulto que llenó el formulario

Fecha de Hoy

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.

Identidades raciales y étnicas de los niños/ (opcional): Elija un grupo étnico: ☐ Hispano o Latino ☐ No hispano o Latino ☐ Seleccione una o más (independientemente del grupo étnico) ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Negro o Americano Africano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái u Otro Ilesño del Pacífico Sur

Complete la solicitud, firmela y envíela al jefe de la cocina de su escuela

Colorado Charter School Institute tiene hasta 10 días laborales para procesar su aplicación desde el día que es recibida en nuestra oficina. Una carta de elegibilidad será enviada a cada hogar.