



A Program of Santa Clarita
Valley School Food Services Agency

July 1, 2025

Dear Parent or Guardian:

Although the California State Legislature has determined that all enrolled students shall receive breakfast and lunch at no cost to participants, we ask that you complete our meal application for the following reasons: classroom funding, internet, transportation, facilities, grants, and much more. School Day Café (a program of the Santa Clarita Valley School Food Services Agency) provides meals for children in Castaic, Newhall, Saugus, and Sulphur Springs School Districts.

NOTE: WE DO NOT PROVIDE FOOD SERVICE FOR THE WILLIAM S. HART SCHOOL DISTRICT. If your child has been promoted to a school in the William S. Hart School District, and you do not have any younger children attending our elementary schools, please disregard this letter or contact their office at (661) 753-5750. If you feel you received this notice in error, please ignore it.

We cannot process your application if there is missing or incomplete information.

Areas most commonly misunderstood or left blank:

- List **ALL** children in the household - not just the child applying for meals (section A)
- List **ALL** adults living in the household (section B)
- Income information: Write in the amount of income you receive and check the box of how often you receive **that** amount (section B).
- Application must **be signed** and dated by an adult household member (section C)
- The last four digits of the social security number must be those of the adult household member who signed the application. If you do not have a social security number, check the box provided. **"N/A" is not acceptable.** (section C)
- Use one application for all children attending the same school; do not complete separate applications for each child
- Complete in **blue or black ink (NO PENCIL PLEASE)**

The Agency has moved and the updated address to submit the completed application is:

Santa Clarita Valley School Food Services Agency
24960 Avenue Tibbitts
Santa Clarita, CA 91355

Please DO NOT send the application to your school office.

Please DO NOT send the application to your child's teacher.

WE CAN NOT ACCEPT FAXED, EMAILED OR COPIES OF THE APPLICATION.

You may mail your completed application to this office or drop it off in person. Our office is open throughout the summer from 8:00 a.m. to 4:00 p.m.

NOTE: You might receive another School Lunch Program application from your child's school. DO NOT complete a second application if you have already submitted a completed application directly to this office.

If you have any questions or need assistance completing your application, please contact **Lisett Celedon** at (661) 295-1574 extension 108.

Thank you,

Alecia Woods,
Chief Executive Officer



A Program of Santa Clarita
Valley School Food Services Agency

Julio 1, 2025

Estimado padre o tutor:

Aunque la Legislatura del Estado de California ha determinado que todos los estudiantes inscritos recibirán desayuno y almuerzo sin costo para los padres, le pedimos que complete nuestra solicitud de comida por las siguientes razones: financiamiento del salón de clases, internet, transporte, instalaciones, becas y mucho más. School Day Café (un programa de la Agencia de Servicios de Alimentos Escolares del Valle de Santa Clarita) proporciona comidas para niños en los distritos escolares de Castaic, Newhall, Saugus y Sulphur Springs.

AVISO: NOSOTROS NO PROVEEMOS EL SERVICIO ALIMENTICIO PARA EL DISTRITO ESCOLAR William. S. HART. Si su hijo ha sido promovido a una escuela en el Distrito Escolar William S. Hart, y no tiene hijos más pequeños que asistan a nuestras escuelas, por favor ignore esta carta o comuníquese con su oficina al (661)753-5750. Si cree haber recibido esta notificación por error, por favor no la tome en cuenta.

No podemos procesar su aplicación si falta información o está incompleta.

Las áreas más malinterpretadas o que dejan en blanco son:

- Liste TODOS los niños en el hogar - no solo el niño que está aplicando para las comidas (sección A)
- Liste TODOS los adultos que viven en el hogar (sección B)
- Ingreso mensual: Escriba la cantidad de ingresos que recibe y marque la casilla con qué frecuencia recibe esa cantidad (sección B).
- La aplicación debe ser firmada con fecha por el adulto miembro del hogar (sección C)
- Los cuatro dígitos del seguro social deben ser del padre o tutor quien firmo la aplicación. Si no tiene número de seguro social, marque la caja proveída. **"N/A" no es aceptable.** (sección C)
- Use una aplicación para todos los niños que asisten a la misma escuela; no complete aplicaciones separadas para cada niño
- Complete con tinta azul o negra. (NO LAPIZ PORFAVOR)

La agencia se ha mudado y la dirección actualizada para enviar la solicitud completada es:

Santa Clarita Valley School Food Services Agency
24960 Avenue Tibbitts
Santa Clarita, CA 91355

Por favor NO mande la aplicación a la oficina de la escuela.

Por favor NO mande la aplicación al maestro(a) de su hijo.

NO ACEPTAMOS COPIAS O CORREO ELECTRONICO DE LAS APLICACIONES O VIA FAX.

Usted puede mandar por correo su aplicación llena a esta oficina o traerla personalmente. Nuestra oficina está abierta durante el verano de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

AVISO: Es posible que reciba otra aplicación del Programa de Alimentos Escolares por parte de la escuela de su hijo. NO complete una segunda aplicación si usted ya sometió una aplicación llena directamente a esta oficina.

Si tiene cualquier pregunta o necesita asistencia para llenar su aplicación, por favor contacte a Lisett Celedon al (661) 295-1574 extensión 108.

Gracias,

Alecia Woods,
Jefe Ejecutivo



A Program of Santa Clarita
Valley School Food Services Agency

Dear Parent/Guardian:

School Day Café, a program of the Santa Clarita Valley School Food Services Agency, offers healthy meals every school day. For the 2025-26 School year, all students will receive breakfast and lunch at no cost to families. However, we ask that you complete a meal application for the following reasons: classroom funding, internet, transportation, facilities, grants, and much more. **You or your children do not have to be United States citizens to qualify for free or reduced-price meals. This is not a public charge.**

Below are some common questions and answers:

1. If you have received a notice of direct certification do not complete the application. 
2. **DO I NEED TO COMPLETE AN APPLICATION FOR EACH CHILD?** No. Use only one *application for Free and Reduced-Price Meals* for all students in your household. We cannot approve an application that is not complete, so be sure to complete all required information.
3. **WILL THE INFORMATION I PROVIDE BE CHECKED?** Yes. We may also ask you to send in written proof of your income and the interval in which you receive it.
4. **WHAT IF I DISAGREE WITH THE DECISION REGARDING MY APPLICATION?** You should talk to your district officials. You also may ask for a hearing by calling or writing to: **Alecia Woods, Chief Executive Officer, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 extension 103.**
5. **MAY I APPLY IF SOMEONE IN MY HOUSEHOLD IS NOT A U.S. CITIZEN?** Yes. You or your children do not have to be U.S. citizens to qualify for free or reduced-price meals. This is not a public charge.
6. **WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME?** List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1,000 each month, but you missed some work last month and made only \$900, state in the application that you made \$1,000 per month. If you normally receive overtime, include it, but do not include it if you only occasionally work overtime. If you have lost your job or had your hours or wages reduced, use your current income.
7. **WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME?** If you receive an off-base housing allowance, you must include it as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income. Do not include combat pay as income.
8. **WHO SHOULD I INCLUDE AS MEMBERS OF MY HOUSEHOLD?** You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends), who share income and expenses. You must include yourself and all the children living with you.

If you have any questions or need help, call Lisett Celedon at 661-295-1574 extension 108.

Sincerely,



Alecia Woods,
Chief Executive Officer

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

WE DO NOT ACCEPT FAXED OR COPIES OF THE APPLICATION

NOTE: HOUSEHOLD MEMBER IS ANY CHILD OR ADULT LIVING WITH YOU

IF YOUR HOUSEHOLD RECEIVES CALFRESH, CALWORKS, FDPIR, OR KIN-GAP BENEFITS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school.

List the case number for any household member (including adults) receiving **CALFRESH, CalWORKs, FDPIR, or KIN-GAP** benefits.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF ANY CHILD IN YOUR HOUSEHOLD IS HOMELESS, A MIGRANT OR RUNAWAY, OR IN HEAD START, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. If any child you are applying for is Homeless, Migrant, in Head Start, or a Runaway check the appropriate box and call your school, homeless liaison, or runaway, Head Start or migrant coordinator.

SECTION B: See instructions for All Other Households or Mark \$0.00 if there is no income

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

IF YOU ARE APPLYING ON BEHALF OF A FOSTER CHILD, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

• If all children in the household are foster children:

SECTION A: List all foster children and the school's name for each child. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Skip this part.

SECTION C: Sign the form. The last four digits of a Social Security Number are not necessary.

SECTION D: Answer this question if you choose.

• If some of the children in the household are foster children:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children **you must write "0" if no income**. Check the box to indicate each foster child.

SECTION B: Complete only if a child in your household is not eligible under Section A – See instructions for All Other Households.

SECTION C: An adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if they do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, INCLUDING WIC HOUSEHOLDS, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS:

SECTION A: List all household members and the name of each child's school. For any person receiving no income, including children, you must write \$ 0.00.

SECTION B: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

Name: List all household members.

Gross income: and how often it is received: For each household member with income, list each type of income received for the month. You must tell us how often the money is received—weekly, every other week, twice a month, or monthly.

Earnings from work: before deductions; be sure to list the gross income, not the take-home pay. Gross income is the amount earned before taxes and other deductions.

Income received from welfare: Child support or alimony: List the amount each person received.

Income received from Social Security: Supplemental Security Income, Veteran's benefits, retirement benefits, or disability benefits: List the amount each person received.

All other income: List Worker's Compensation, unemployment or strikes benefits, and any other income. Do not include benefits from SNAP, FDPIR or WIC, or federal education. For self-employed people only: under Earnings from Work, report income after expenses. If you are in the Military Privatized Housing Initiative or receive combat pay, do not include these allowances as income.

SECTION C: An adult household member must sign the form and list the last four digits of their Social Security Number (or mark the box if you do not have one).

SECTION D: Answer this question if you choose.

Income Eligibility Guidelines

July 1, 2025–June 30, 2026

Household Size	Year	Month	Twice Per Month	Every Two Weeks	Week
1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 1,207	\$ 1,114	\$ 557
2	39,128	3,261	1,631	1,505	753
3	49,303	4,109	2,055	1,897	949
4	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
5	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
6	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
7	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
8	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
For each additional family member, add:					
	\$ 10,175	\$ 848	\$ 424	\$ 392	\$ 196

* A household of one means a foster child, a child in out-of-home care, or a pupil who is his/her sole support



A Program of Santa Clarita
Valley School Food Services Agency

Estimado padre/tutor:

School Day Café (Agencia de Servicios de Alimentos Escolares del Valle de Santa Clarita) ofrece comidas saludables todos los días escolares. Para el año escolar 2025-26, todos los estudiantes recibirán desayuno y almuerzo sin costo alguno para las familias. Sin embargo, le pedimos que complete una solicitud de comida por las siguientes razones: financiamiento del salón de clase, internet, transporte, instalaciones, becas y mucho más. Usted o sus hijos no tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar para comidas gratuitas o a precio reducido. Esto no es una carga pública.

A continuación, se presentan algunas preguntas comunes y respuestas:

1. Si usted ha recibido una notificación de certificación directa no llene la solicitud. 
2. **¿NECESITO COMPLETAR UNA SOLICITUD PARA CADA NIÑO?** No. Utilice solamente una aplicación para alimentos gratuitos o a precio reducido para todos los estudiantes en su hogar. No podemos aprobar una aplicación que no está completa, así que asegúrese de completar toda la información requerida.
3. **¿SERÁ VERIFICADA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO?** Sí. También posiblemente le pidamos que enviara una prueba de ingreso y el intervalo en el que usted lo recibe.
4. **¿QUÉ PASA SI ESTOY EN DESACUERDO CON LA DECISIÓN CON RESPECTO A MI SOLICITUD?** Usted debe de hablar con un funcionario del distrito. Usted también puede pedir una audiencia llamando o escribirle a: **Alecia Woods, 25210 Anza Dr., Valencia, CA 91355; 661-295-1574 extensión 103.**
5. **¿PUEDO SOLICITAR ALIMENTOS GRATUITOS O A PRECIO REDUCIDO, AUNQUE NO SEA CIUDADANO ESTADOUNIDENSE?** SI, Ni usted ni sus Hijos tienen que ser ciudadanos estadounidenses para calificar. Esto no es una carga pública
6. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LO MISMO?** Anote el monto que recibe regularmente. Por ejemplo, si gana regularmente \$1,000 cada mes, pero el mes pasado no trabajo parte del tiempo y solo gano \$900, ponga aun que gana regularmente \$1,000 al mes. Sí trabaja tiempo extra regularmente, incluya lo que gana. No lo incluya si trabaja tiempo extra solo algunas veces. Si perdió el empleo o le han reducido las horas. de trabajo o el sueldo, use su ingreso actual.
7. **¿A QUIENES DEBO DE INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI UNIDAD FAMILIAR?** Tiene que incluir a todas las personas que vivan en su hogar, aunque sean parientes (como abuelos, otros parientes o amigos) que compartan los Ingresos y los gastos.
8. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿INCLUIMOS LO QUE RECIBIMOS “SUBSIDIO DE VIVIENDA” COMO INGRESOS?** Si usted recibe Subsidio de vivienda fuera de la base, usted debe incluir como ingresos. Sin embargo, si su vivienda es parte de la iniciativa de privatización vivienda militar no lo incluya. No incluya la cantidad que recibe de paga de combate como ingresos.

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame a SCVSFSA, Lisett Celedon at 661-295-1574 extensión 108.

Sinceramente,



Alecia Woods,
Jefe Ejecutivo

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

NO ACEPTAMOS COPIAS DE LA APLICACIÓN O APLICACIONES MANDADAS VIA FAX.

NOTA: UN MIEMBRO DE SU HOGAR ES CUALQUIER NIÑO O ADULTO QUE VIVE CON USTED.

SI SU HOGAR RECIBE CALFRESH, CALWORKS, FDIPIR O KIN-GAP BENEFICIOS, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: Liste todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Liste el número del caso para cualquier miembro del hogar (incluyendo adultos) que recibe beneficios de CALFRESH, CAL-Works, FDIPIR, KIN-GAP.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI CUALQUIER NIÑO ESTA SIN HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, O EN HEAD START, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste de todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Si usted está solicitando para un niño Desamparado, Migrante, en Head Start, o un Fugitivo Marque la casilla apropiada y llame a su escuela, enlace sin hogar o Fugitivo, Head Start o Coordinador de migrantes.

SECCIÓN B: Vea las instrucciones para demás los hogares o escriba **0** si no tiene ingresos.

SECCIÓN C: Firmar la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

SI QUE ESTÁ SOLICITANDO PARA UN NIÑO DE CRIANZA TEMPORAL (FOSTER CHILD), SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

• si todos los niños en el hogar son hijos de crianza temporal:

SECCIÓN A: liste todos los niños de crianza temporal y el nombre de la escuela para cada niño. Marque la casilla para indicar niño Foster.

SECCIÓN B: Ignore esta parte.

SECCIÓN C: Firme la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social no son necesarios.

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

• Si Solo algunos de los niños en el hogar son hijos de crianza

Temporal: **SECCIÓN A:** Liste de todos los niños del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona que no recibe ingresos, incluyendo a los niños; debe escribir **"0"** si no tiene ingreso. Marque la casilla para indicar cada Niño de crianza (Foster).

SECCIÓN B: Complete solamente si un niño en su hogar no es elegible bajo la Sección A. Vea las instrucciones para todos los hogares.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud y la lista de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

PARA LOS DEMÁS HOGARES, INCLUYENDO LOS HOGARES QUE RECIBEN WIC, SIGA ESTAS INSTRUCCIONES:

SECCIÓN A: liste todos los miembros del hogar y el nombre de escuela de cada niño. Para cualquier persona que no reciba ingresos, incluyendo los niños, debe escribir **"0"** si no tiene ingreso.

SECCIÓN B: Siga estas instrucciones para declarar los ingresos recibidos durante el mes pasado.

Liste: todos los miembros del hogar.

Ingresos Brutos y con qué frecuencia se recibieron: Para cada miembro del hogar, liste el tipo de ingreso recibido durante el mes. Tiene que decirnos con cual frecuencia recibe el dinero—semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.

Para declarar ingresos por trabajo asegúrese de anotar el Ingreso bruto, no el dinero que lleva a la casa. El ingreso bruto es el monto que usted gana antes que le descuenten los impuestos y otras deducciones.

Ingresos provenientes de: beneficencia pública, manutención de menores, pensión alimenticia, pensiones de jubilación, seguro social, seguro suplementario (SSI), beneficios de Veteranos y beneficios por discapacidad: Liste la cantidad por cada persona recibida.

Todos los demás ingresos: anoten compensación a trabajadores los beneficios por desempleo o huelga. No incluya los ingresos de los programas SNAP, FDIPIR, WIC. Para las personas que trabajan por cuenta propia, declare los ingresos después de los gastos. Eso se refiere a su negocio. Si usted está en la iniciativa de vivienda militar privatizada o recibe paga de combate, no incluya estos subsidios como ingresos.

SECCIÓN C: Miembro adulto del hogar debe Firmar la solicitud y liste de los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (o marque la casilla si no tienen uno).

SECCIÓN D: Responda solo si lo desea.

Guia de Ingresos Elegibles

Julio 1, 2025–Junio 30, 2026

Personas En Hogar	Anual	Mensual	Quincenal	Cada Dos Semanas	Semanal
1	\$ 28,953	\$ 2,413	\$ 1,207	\$ 1,114	\$ 557
2	39,128	3,261	1,631	1,505	753
3	49,303	4,109	2,055	1,897	949
4	59,478	4,957	2,479	2,288	1,144
5	69,653	5,805	2,903	2,679	1,340
6	79,828	6,653	3,327	3,071	1,536
7	90,003	7,501	3,751	3,462	1,731
8	100,178	8,349	4,175	3,853	1,927
Para cada miembro adicional del hogar añada:					
	\$ 10,175	\$ 848	\$ 424	\$ 392	\$ 196

* Un hogar de uno significa un niño Foster, un niño en cuidado fuera del hogar o un estudiante que es su único apoyo.

Santa Clarita Valley School Food Services Agency 24960 Avenue Tibbitts, Santa Clarita, CA 91355 Phone: 661-295-1574 x108 2025-2026 Application for Free & Reduced Price Meals ***Print in Blue or Black Ink Only*** ***WE DO NOT ACCEPT FAXED OR EMAILED APPLICATIONS***										FOR ELIGIBILITY DETERMINATION									
HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:		FREE:		REDUCED: \$		DENIED:											
FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR		DC AS:		H M R		EPO		SITE:											
Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12				DATE:		LAST NAME:													
DETERM OFFICIAL:				DATE:															
VERIFICATION OFFICIAL:				DATE:															
CERTIFICATION OFFICIAL:				DATE:															
SECTION A: ALL HOUSEHOLDS COMPLETE THIS SECTION																			
STUDENT/CHILD INFORMATION																			
List ALL children living in your household whether or not they attend school.																			
Last Name	First Name	School Name (Write N/A if not in school)	Grade	Date of Birth MM/DD/YY	New Student	Returning Student	Check the applicable box if the student is Foster, Homeless, Migrant, or Runaway.	Child's personal income and how often- Write "0" if no income.	Do any household members currently participate in one of the following assistance programs? If so, check box and <u>please insert case number.</u>										
1.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	If <u>Yes</u> , Check The Applicable Box										
2.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	CALFRESH ☐										
3.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	CALWORKS ☐										
4.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	KIN-GAP ☐										
5.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	FDPIR ☐										
6.					☐	☐	☐ Yes ☐ No	\$	CASE NUMBER: ☐										
Households submitting an application with a Benefit Case Number for Cal Fresh/CaIWorKs for EACH child or an Adult household member please skip to Section C and complete. A Foster Child that is under the legal responsibility of a Foster Care Agency or Court is eligible for free meals. This eligibility is not extended to non-foster children in the household.																			
SECTION B: HOUSEHOLD MEMBERS AND THEIR INCOME (BEFORE TAXES)																			
★ TOTAL HOUSEHOLD MEMBERS: _____																			
For each household member listed, report total income for each source in WHOLE Dollars only. If they do not receive income from any source WRITE "0".																			
List all adult household members last name, first name		Earnings from work if no income write "0".		How Often?		Pension, retirement, all other income		How Often?											
				Weekly	Every Week	Twice a Month	Monthly	Public Assistance/Child Support/Alimony	Weekly										
1. \$				☐	☐	☐	☐	\$	☐										
2. \$				☐	☐	☐	☐	\$	☐										
3. \$				☐	☐	☐	☐	\$	☐										
4. \$				☐	☐	☐	☐	\$	☐										
Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act (Section 9) requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last 4 digits of the Social Security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The Social Security number is not required when you apply on behalf of a Foster Child or you list a Cal Fresh, California Work Opportunity (CaIWorKs), Kinship Guardian Assistance Payment (Kin-GAP), or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number for your child or other FDPIR identifier or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.																			
SECTION C: ALL HOUSEHOLDS MUST READ AND COMPLETE THIS SECTION																			
★ SIGNATURE REQUIRED BELOW																			
Education Code 49957(a): Applications for Free and reduced-price meals may be submitted at anytime during the school day. Children participating in the National School Lunch Program will not be overly identified by the use of special tokens, special serving lines, separate entrances, separate dining areas or by any other means. I certify (promise) that all of the above information is true and correct and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of federal funds that school officials may verify the information on the application at any time, and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable State and Federal laws.																			
Address:		City & Zip Code:		Home Phone:		Cell Phone:													
Printed Name of Adult Household Member Signing this Application:				Last 4 digits of social security number: X X X - X X - _____															
Signature (★REQUIRED)				Date															
SECTION D: CHILDREN'S RACIAL AND ETHNIC IDENTITIES (Optional IDENTITIES)																			
1. Choose one or more: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ White ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander 2. Choose one Ethnicity: ☐ Hispanic/Latino ☐ Not Hispanic/Latino																			

Santa Clarita Valley School Food Services Agency
24960 Avenue Tibbitts, Santa Clarita, CA 91355
Phone: 661-295-1574 x108
2025-2026 Solicitud Para Alimentos Escolares Gratis
Y A Precio Reducido
*****Utilice tinta azul o negro, complete con letra del molde*****
*****NO ACEPTAMOS APLICACIONES MANDADAS VIA FAX O DE**
CORREO ELECTRONICO***

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA - DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD					
HSHLD SIZE:		HSHLD INCOME:		FREE:	REDUCED: \$
FREE WITH: FS/CALWORKS/KIN-GAP/FDPIR		DC AS:		H	M
Annual Conversion Factors: Weekly X 52, Every 2 Weeks X 26, Twice a Month X 24, Monthly X 12		EPO		SITE:	
DTERM OFFICIAL:		DATE:		LAST NAME:	
VERIFICATION OFFII		DATE:			
CERTIFICATION OFFICIAL:		DATE:			

SECCIÓN A: TODOS LOS HOGARES COMPLETEN ESTA SECCIÓN
INFORMACION DE ESTUDIANTES/NIÑOS
Liste todos los niños de su hogar que asistan o no a la escuela.

Apellido	Nombre	Nombre de la escuela (marque "NA" si no va a la escuela)	Grado	Fecha de Nacimiento	Estudiante es Nuevo?	Estudiante de Reingreso?	Si niño es Foster, Sin Hogar, Migrante, o Fugado Si/No	Ingreso personal del niño escriba si/no tiene ingresos.	¿Algún miembro de la familia participa actualmente en uno de los siguientes programas de asistencia? En Caso Afirmativo marque la casilla aplicable
1.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	<u>Escriba aquí un número de caso</u>
2.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	CALFRESH ☐
3.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	CALWORKS ☐
4.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	KIN-GAP ☐
5.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	FDPIR ☐
6.					☐	☐	☐ Si ☐ No	\$	NUMERO DE CASO:

Los hogares presentar uno solicitud con número de caso de beneficio de Cal Fresca/CALWORKS para cada niño o un adulto miembro del hogar, por favor vaya a la sección C y complete. Un niño Foster que está bajo la responsabilidad legal de un tribunal o agencia de cuidado de crianza temporal es elegible para comidas gratis. Esta elegibilidad no se extiende a los demás niños en el hogar.

SECCIÓN B: DECLARE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (ANTES DE IMPUESTOS)
Para cada miembro del hogar que recibe ingresos declare los ingresos totales de cada fuente en números, REDONDOS. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, Escriba "0". **★ Total de miembros del hogar:**

Todos los adultos miembros del hogar Apellido, Nombre	Ingresos del trabajo si no tiene ingresos "0"	¿Frecuencia?				Pensión, Jubilación, y otros ingresos	¿Frecuencia?				Ayuda Económica Para Niños, Cualquier Otro Ingreso incluyendo Pension Alimentacion	¿Frecuencia?			
		Semana	Cada 2 Semanas	2 Veces al Mes	Mensual		Semana	Cada 2 Semanas	2 Veces al Mes	Mensual		Semana	Cada 2 Semanas	2 Veces al Mes	Mensual
1.	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Declaración de uso de información: La ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número del la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de caso (o uno de los siguientes programas: Calfresh, Calworks (oportunidades de trabajo) Kin-Gap) Asistencia de pago Kinship Guardian, o el programa de distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR). Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. POSDEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

SECCIÓN C: TODOS LOS HOGARES DEBEN LEER Y COMPLETAR ESTA SECCIÓN **★EL ADULTO DEBE DE FIRMAR LA SOLICITUD**
Código de Educación 49557(a): solicitudes para desayunos y comidas gratis o a precio reducido pueden presentarse en cualquier momento durante el año escolar. Los niños que participan en el programa nacional de almuerzos escolares no serán abiertamente identificados mediante el uso de fichas especiales, boletos especiales, líneas de servicio especiales, entradas separadas, comedores separados, o por cualquier otro medio. Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta (promesa) y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información se da en relación con el recibo de fondos federales que los funcionarios escolares pueden verificar la información sobre la aplicación en cualquier momento, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciamiento bajo las leyes federales y estatales aplicables.

Domicilio:	Ciudad y Código Postal:	Numero de Teléfono:	Celular:
Nombre en letra de molde del Adulto que firma la Aplicación:		Ultimos 4 numeros de Seguro Social #:	
		X X X - X X - ☐ - no tengo Seguro Social	
Firma (el adulto debe de firmar la solicitud)		Fecha: Correa Electronico:	

SECCION D. IDENTIDADES ÉTNICOS Y REGIALES DE LOS NIÑOS (OPCIONAL)
1. Apunte uno o más identidades raciales: ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroestadounidense ☐ Nativo de Hawái u otro isla del Pacífico ☐ Blanco 2. Elija una Etnia: ☐Hispanic/Latino ☐Not Hispanic/Latino