

**Community Eligibility Provision (CEP)/Provision 2 non-base year  
Household Income Eligibility Form**

2020-2021

Greater Amsterdam School District is participating in the Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 in a non-base year. All children in the school will receive meals/milk at no charge regardless of household income or completion of this form. This form is to determine eligibility for additional State and federal program benefits that your child(ren) may qualify for. Read the instructions on the back, complete only one form for your household, and return it to the school named above. Call the Business Office at 518-843-3180, x 7405, if you need help

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	No Income
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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. SNAP/TANF/FDPIR Benefits: If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. Skip to Part 5, and sign the application.  
Name: \_\_\_\_\_ CASE # \_\_\_\_\_

3. Household Gross Income: List all people living in your household, how much and how often they are paid (weekly, every other week, twice per month, monthly). Do not leave income blank. If no income, check box. If you have listed a foster child above, you must report their personal income.

Name of household member	Earnings from work before deductions Amount / How Often	Child Support, Alimony Amount / How Often	Pensions, Retirement Payments Amount / How Often	Other Income, Social Security Amount / How Often	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Signature: An adult household member must sign this application. I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school may receive federal funds. The school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_  
Home Phone \_\_\_\_\_  
Work Phone \_\_\_\_\_  
Home Address \_\_\_\_\_

---

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE FOR SCHOOL USE ONLY**

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)  
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster Income \_\_\_\_\_ Total Household Income/How Often: \_\_\_\_\_ Household Size: \_\_\_\_\_

Free Eligibility Signature of Reviewing Official \_\_\_\_\_ Denied Eligibility \_\_\_\_\_

**PART 1**

**ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE FORM FOR YOUR HOUSEHOLD.**

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one form.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, and check the box for each child with no income.

**PART 2**

**HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.**

- (1) List a current SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Temporary Assistance for Needy Families) or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. Do not use the 16-digit number on your benefit card. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the form in PART 4. SKIP PART 3 - Do not list names of household members if income is from SNAP, TANF or FDPIR number.

**PARTS 3 & 4**

**ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE ALL OF PARTS 3 AND 4.**

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are completing the form for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people living in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box. The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should not be considered as income for this program.

**PRIVACY ACT STATEMENT**

**OTHER BENEFITS:** Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduced price meal application. Your written consent is required before any information may be released. Please refer to the attached parent Disclosure Letter and Consent Statement for information about other benefits.

**Use of Information Statement**

The Richard B. Russell National School Lunch Act 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 four 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 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child 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 officials to help them look into violations of program rules.

**DISCRIMINATION COMPLAINTS**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all 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  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (202) 690-7442; or
- (3) Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.

# Disposición de elegibilidad de la comunidad (CEP) / Provisión 2 año no base

## Formulario de Elegibilidad de Ingresos Domésticos 2020-2021

Greater Amsterdam School District está participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños en la escuela recibirán comidas / leche sin cargo, independientemente de los ingresos del hogar o la finalización de este formulario. Este formulario es para determinar la elegibilidad para beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que su (s) hijo (s) pueden calificar. Lea las instrucciones al dorso, complete solo un formulario para su hogar, firme su nombre y devuélvalo a la escuela mencionada arriba. Llame a Business Office (518)843-3180, ext. 7405.

1. Haga una lista de todos los niños en su hogar que asisten a la escuela:

Nombre	Escuela	Grado/Profesora	Hijo Adoptivo	Sin Ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<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. SNAP/TANF/FDPIR Beneficios: Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, enumere su nombre y CASO # aquí. Pase a la Parte 5 y firme la aplicación  
 Nombre: \_\_\_\_\_ CASO # \_\_\_\_\_

3. Ingreso bruto del hogar: enumere a todas las personas que viven en su hogar, la cantidad y la frecuencia con que se les paga (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente). No deje ingresos en blanco. Si no hay ingresos, marque la casilla. Si ha incluido a un niño de crianza en la parte superior, debe informar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Monto/Cuan seguido	Manutención infantil, pensión alimenticia Monto/Cuan seguido	Pensiones, Jubilación, Pagos		Sin Ingresos
			Monto/Cuan seguido	Otro Ingresos, Seguridad Social Monto/Cuan seguido	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

4. Firma: un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud. Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la información se está dando para que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si deliberadamente proporciono información falsa, es posible que me procesen según las leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comida.

Firma: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa: \_\_\_\_\_

# Formulario CEP / Provisión 2 Ingresos de las familias fuera del año base INSTRUCCIONES

## PARTE 1

**TODOS LOS HOGARES DEBEN COMPLETAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMATO PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para quienes está solicitando un formulario.
- (2) Haga una lista de su grado y escuela.
- (3) Marque la casilla para indicar que un niño de crianza temporal vive en su hogar, y marque la casilla para cada niño sin ingresos.

## PARTE 2

**LOS HOGARES QUE OBTENEN SNAP, TANF O FDIPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**

- (1) Enumere un número de caso actual de SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDIPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar. No use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4, PASE A LA PARTE 3 - No liste los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si menciona un número de SNAP, TANF o FDIPIR.

## PARTE 3 & 4

**TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR TODAS LAS PARTES 3 Y 4.**

- (1) Escriba los nombres de todas las personas de su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. Incluya a usted mismo, a los niños para quienes está completando el formulario, a todos los demás niños, a su cónyuge, a sus abuelos y a otras personas relacionadas y no relacionadas que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que cada miembro del hogar recibe, antes de deducir los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona. Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente. Si no tiene ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier cuidado infantil provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por tal cuidado bajo el Subsidio de Cuidado y Programas de Cuidado Infantil, TANF y Programas de Cuidado Infantil en Riesgo no debe considerarse como ingreso para este programa.

## Privacy Act Statement

**OTHER BENEFITS:** Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduce price meal application. Your written consent is required before any information may be released. Please refer to the attached parent Disclosure Letter and Consent Statement for information about other benefits.

## USE OF INFORMATION STATEMENT

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act 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 four 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 Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child 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.

Los demás programas de asistencia nutricional del SNS, las agencias estatales y locales, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación:

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación del programa (por ejemplo, Sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Services (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_B\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_B_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-941

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: [program\\_intake@usda.gov](mailto:program_intake@usda.gov).

(4) Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.